FACULTÉ DE MÉDECINE DE L'UNIVERSITÉ DE NANCY

1917-1918 — 2e Série — N° 76

LES RÉTENTIONS TUBAIRES JEUNES

THÈSE

Présentée et soutenue publiquement, le Vendredi 21 Juin 1918

POUR OBTENIR LE GRADE DE

DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Mlle LAURENT (MARTHE)

NÉE LE 5 JANVIER 1892, A BAN-DE-LAVELINE (VOSGES)

EXAMINATEURS DE LA THÈSE :

VAUTRIN, Professeur. . . *Président.*
HAUSHALTER, Professeur.
MICHEL, Agrégé . . . . *Juges.*
FAIRISE, Agrégé. . . . .

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

NANCY

IMPRIMERIE LORRAINE, RIGOT ET Cie

—

1918

FACULTÉ DE MÉDECINE DE L'UNIVERSITÉ DE NANCY

1917-1918 — 2e Série — N° 76

LES RÉTENTIONS TUBAIRES JEUNES

THÈSE

Présentée et soutenue publiquement, le Vendredi 21 Juin 1918

R. UNIV. BIBLIOTHEEK LEIDEN

POUR OBTENIR LE GRADE DE

DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Mlle LAURENT (MARTHE)

NÉE LE 5 JANVIER 1892, A BAN-DE-LAVELINE (VOSGES)

EXAMINATEURS DE LA THÈSE :

VAUTRIN, Professeur. . . *Président.*

HAUSHALTER, Professeur. } *Juges.*

MICHEL, Agrégé . . . . } *Juges.*

FAIRISE, Agrégé. . . . . } *Juges.*

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

NANCY

IMPRIMERIE LORRAINE, RIGOT ET Cie

—

1918

FACULTÉ DE MÉDECINE DE L'UNIVERSITE DE NANCY

Doyen : M. MEYER, ✲, I Q.
Assesseur : M. WEISS, O ✲, I Q.
Doyen honoraire : M. F. GROSS, O ✲, I Q
Professeurs honoraires: MM. BEAUNIS, ✲, I Q ; NICOLAS, I Q ; PRENANT, ✲, I Q
BERNHEIM, O ✲, I Q ; F. GROSS, O ✲, I Q

Professeurs

Médecine opératoire	M. CHRÉTIEN, I Q.
Clinique chirurgicale	M WEISS, O ✲, I Q.
Chimie médicale et Toxicologie	M. GARNIER, I Q.
Clinique obstétricale et Accouchements.	M. A. HERRGOTT, ✲, I Q.
Hygiène	M. MACÉ, I Q.
Physiologie	M. MEYER, ✲, I Q.
Clinique médicale	M. SIMÓN, I Q.
Histoire naturelle médicale	M. VUILLEMIN, I Q.
Clinique ophtalmologique	M. ROHMER, I Q.
Médecine légale	M. P. PARISOT, ✲, I Q.
Clinique des maladies des enfants	M. HAUSHALTER, ✲, I Q.
Histologie	M. BOUIN, I Q.
Anatomie descriptive	M. ANCEL, I Q.
Anatomie pathologique	M. HOCHE, I Q.
Clinique médicale	M. ETIENNE, I Q.
Clinique chirurgicale	M. VAUTRIN, ✲, I Q.
Pathologie interne et Pathologie générale.	M. N...
Physique médicale	M. N...

Chargés de Cours complémentaires :

Cliniq. de chir. infantile et orthopédie.	M. FRŒLICH, ✲, I Q, agrégé libre.
Clinique des voies urinaires	M. ANDRÉ, ✲, I Q, agrégé libre.
Clinique d'oto-rhino-laryngologie	M. JACQUES, I Q, agrégé libre.
Clinique des malad. syphilit. et cutanées.	M. L. SPILLMANN, ✲, I Q, agrégé libre.
Médecine opératoire	M. MICHEL, I Q, agrégé libre.
Clinique chirurgicale élémentaire (1)	M. MICHEL, I Q, agrégé libre.
Clinique des maladies mentales	M PARIS, I Q.
Clinique des maladies des vieillards	M. RICHON, I Q, agrégé.
Accouchements	M. FRUHINSHOLZ, I Q, agrégé.
Clinique des maladies tuberculeuses (1).	M. PERRIN, A Q, agrégé.
Clinique des maladies tuberculeuses (1).	M. J. PARISOT, ✲, A Q, agrégé.
Pathologie externe	M. MICHEL, I Q, agrégé libre.
Thérapeutique et Matière médicale	M N...
Clinique médicale élémentaire (1)	M. N...
Clinique d'électrothérapie	M. N...

Agrégés en exercice :

MM.	MM. COLLIN, A Q.	MM. BINET, A Q.
LAMBERT, I Q.	SENCERT, ✲, I Q.	PERRIN, A Q.
RICHON, ✲, I Q.	ROBERT, I Q.	THIRY, I Q.
G. GROSS, ✲, I Q.	BUSQUET, A Q.	FAIRISE, A Q.
FRUHINSHOLZ, I Q.	LUCIEN, ✲, A Q.	J. PARISOT, ✲, A Q.

Agrégés libres

MM. REMY, A Q, FÉVRIER, O ✲, I Q, FRŒLICH, ✲, I Q
JACQUES, I Q, ANDRÉ, ✲, I Q, MICHEL, I Q, L. SPILLMANN, I Q.

M. H. COIFFARD, I Q, Secrétaire.

(1) Fondation de l'Université.

La Faculté a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend ni les approuver ni les improuver.

A MON PÈRE ET A MA MÈRE

En témoignage de ma reconnaissance
et de mon amour filial.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE
MONSIEUR LE PROFESSEUR VAUTRIN
Professeur de Clinique chirurgicale

Hommage de ma profonde gratitude
et de mon affection.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR ANCEL

A TOUS MES MAITRES DE LA FACULTÉ

CHAPITRE PREMIER

INTRODUCTION

L'idée première de ce travail nous a été donnée par M. le professeur Vautrin, et c'est sur ses conseils et son inspiration directe que nous avons entrepris cette étude. Pendant notre séjour de deux ans dans son service, nous avons eu l'occasion d'observer, parmi les malades en traitement, plusieurs cas intéressants et variés de grossesse extra-utérine. Le champ d'observation était loin, certes, d'être aussi vaste qu'en temps de paix; la plupart des malades qui nous arrivaient étaient amenées à l'hôpital pour un motif urgent ou grave; les cas chroniques ou bénins nous échappaient. Cependant, les symptômes de l'affection qui nous occupe sont généralement si graves qu'ils nécessitent l'hospitalisation; et malgré les circonstances actuelles, nous avons pu observer d'assez nombreux cas de grossesse tubaire.

Notre intention était tout d'abord d'étudier le très vaste

sujet des avortements tubaires sans rupture de la trompe. Le travail aurait compris trois grandes questions :

les fausses couches tubaires ou avortements tubo-utérins;
les avortements tubo-abdominaux.
les rétentions tubaires.

Mais c'est là une très grosse étude dont nous ne pouvons actuellement, en raison des circonstances, présenter qu'une partie déjà importante. Nous espérons, dans la suite, pouvoir compléter ce travail.

Le chapitre seul des rétentions tubaires est du reste fort intéressant. Nous avons pu en observer des cas bien nets, dans lesquels le diagnostic a été vérifié par l'intervention opératoire et dont l'authenticité ne peut par conséquent laisser de doutes à l'esprit le plus critique. Ce qui nous a déterminé aussi à le choisir est la rareté relative des publications parues antérieurement sur cette question spéciale.

L'étude des grossesses extra-utérines occupe, en effet, une place considérable dans la littérature médicale actuelle. Depuis que les progrès de la gynécologie et le prodigieux essor de la chirurgie générale ont mis en évidence la grossesse extra-utérine et ses diverses modalités, chacun s'est vivement intéressé à une question aussi complexe, aussi variée, aussi neuve, avec tant d'inconnues encore dans son histoire, et il n'est guère de gynécologue qui n'ait décrit quelques cas nouveaux, émis quelque idée originale sur un point, publié une statistique de ses observations, envisagé telle ou telle complication. Depuis

vingt ans environ, la littérature abonde en articles sur les diverses grossesses ectopiques, et en particulier sur les plus intéressantes et les plus fréquentes : les grossesses tubaires. Cependant, l'impression générale qu'on ressent en la parcourant, est que la question des ruptures tubaires occupe dans l'évolution la place prépondérante, à juste titre, car la rupture est certainement la terminaison la plus fréquente, et la bruyance habituelle de ses symptômes attire davantage l'attention. La question des avortements, et en particulier des rétentions, est beaucoup moins connue. Il faut déjà fouiller la littérature pour retrouver les cas et les articles publiés, car aucun travail d'ensemble n'a paru sur la question. Nous espérons donc être de quelque utilité en étudiant cette modalité particulière de l'évolution des grossesses tubaires. Nous grouperons tous les faits actuellement connus de rétentions tubaires jeunes; les rétentions tubaires anciennes seront laissées de côté, parce que bien connues; au reste, elles ont une évolution et des caractères particuliers qui les différencient complètement des premières au point de vue clinique. Notre travail sera seulement une étude clinique de la question; depuis la magistrale thèse de Couvelaire, il n'y a rien à ajouter à l'histologie pathologique des grossesses tubaires, et personne ne s'est hasardé depuis lors à aborder une question bien établie et qu'il est parfaitement inutile de revoir. Depuis 1902, nous n'avons retrouvé que quelques courts travaux, traitant d'un point spécial de la question : celui de Durante en 1911, celui de Cornil en 1906, et ce ne sont que de courts aperçus à mettre en marge du livre.

En décrivant seulement les constatations faites par

l'étude des pièces que fournit l'intervention, nous nous en tiendrons à l'étude clinique des rétentions tubaires jeunes; en les faisant mieux connaître, nous avons pour but d'en faciliter le diagnostic précoce, si important au point de vue thérapeutique; nous montrerons qu'en raison des dangers que court la femme pendant l'évolution de l'affection, il est quelquefois illusoire d'attendre la résorption spontanée de l'élément nocif et qu'il faut absolument intervenir.

Avant d'aborder notre sujet, nous tenons à remercier, et c'est pour nous un grand plaisir de le faire, M. le professeur VAUTRIN, notre Maître, pour l'aide qu'il nous a apportée dans ce travail, et surtout pour son enseignement si précieux et pour les conseils qu'il n'a cessé de nous prodiguer. Nous gardons des deux années passées dans son service un souvenir ému et reconnaissant, et nous ne saurions assez lui redire toute notre gratitude. Nous remercions également M. le professeur ANCEL, avec qui nous avons passé au laboratoire d'anatomie trois années d'excellentes études; M. le doyen GROSS, M. le professeur SIMON, M. le professeur PARISOT, M. le professeur ETIENNE, M le professeur agrégé JACQUES, qui furent pour nous des maîtres excellents dans l'enseignement clinique. Que tous nos Maîtres de la Faculté reçoivent ici l'hommage de notre gratitude.

CHAPITRE II

HISTORIQUE

Les travaux les plus anciens sur les grossesses tubaires ne mentionnent nullement dans l'évolution la variété rétention. Il semble impossible du reste qu'elle fût étudiée de longue date, car c'est au cours des interventions chirurgicales qu'elle a pu être reconnue et celles-ci ne se sont répétées que depuis ces vingt dernières années. Parry, dans sa célèbre monographie de 1876, divise les grossesses tubaires en trois grandes variétés anatomiques, mais ne parle pas de l'évolution de ces variétés; de même Maygrier, dans sa thèse d'agrégation de 1886, envisage les rétentions tubaires vieilles et leur mode de terminaison, mais ne s'arrête pas à l'étude des rétentions d'œufs ou de débris ovulaires jeunes. Dans la suite, Taylor, Zweifel, Hofmeier, Kustner, Zedel, Blanc-Sutton envisagent l'avortement tubaire, mais surtout l'avortement tubo-utérin, en rapportant qu'il est beaucoup plus fréquent que la rupture. En 1899, Strauch publie un travail, avec observa-

tions à l'appui, démontrant la réalité des contractions gravides; ces remarques éclairent la symptomatologie.

En 1895 et 1898, Pillet, puis Bouilly montrent l'origine tubaire de certaines hémorragies. Couvelaire, en 1900, établit que dans la grossesse ampullaire, la règle est l'apoplexie ovulaire et la mort de l'œuf au cours des deux premiers mois non suivies de rupture immédiate; il montre l'importance du siège de la grossesse dans son évolution.

En 1904, Léo Zuntz relate 98 cas de grossesse tubaire opérés à l'hôpital Moabit de Berlin; il a constaté 50 ruptures et 48 avortements de diverses sortes. En 1900 également, Doleris apporte le premier des observations à l'appui et dit dans son travail sur le traitement de la grossesse extra-utérine (La gynécologie) : « J'ai cru pouvoir risquer un aperçu de la rétention, c'est une étude intéressante à continuer. » Elle n'a pas été faite depuis lors.

Lejars, en 1904, attire l'attention sur les fausses couches tubaires et la fréquence des avortements tubaires jeunes.

Pozzi, dans son traité classique de gynécologie, ne décrit pas encore les rétentions tubaires jeunes; ce n'est qu'ultérieurement que les observations vont se multiplier. En 1906, Lyon-Caen et Pichevin présentent plusieurs cas, et Pichevin publie quelques notes sur le diagnostic de la rupture et de l'avortement utérin. Savariaud recherche l'origine tubaire des métrorragies.

En 1910, au Congrès national de Gynécologie, d'Obstétrique et de Pédiatrie de Toulouse, Reymond insiste sur les hémorragies dues aux grossesses tubaires sans rupture de la trompe. Il serait fastidieux d'énumérer toutes les publications de détail relatives à notre sujet; on les retrouvera

dans le cours du travail et à l'index bibliographique. Disons seulement qu'il n'existe aucun travail d'ensemble sur la question, ni dans la littérature française, ni dans la littérature étrangère. A l'étranger, Aschoff étudie l'évolution du placenta tubaire dans le cas d'avortement tubaire et dans le cas de rupture. Cones établit une statistique de 214 cas de grossesse extra-utérine. Brown, Setzke, Pollard, Hart, Heireck, Purefoy, Maxwell en ont publié des cas. En France, la thèse de Bazalgette, en 1905, donne quelques aperçus sur les grossesses tubaires méconnues. Celle de Willette, plus intéressante, nous fournira quelques documents sur le mécanisme des hémorragies au cours de la grossesse tubaire; celles de Habanet et de Duclos, la dernière intitulée « hématocèle et avortement tubaire », renferment seulement des idées éparses sur tout le chapitre des grossesses tubaires. Les autres se rapportent à des accidents tout spéciaux de la grossesse tubaire Notre Maître, le professeur Vautrin, a publié des cas variés de rétention tubaire. Enfin, la dernière statistique parue sur ce sujet est celle de Baculescu, faite dans le service du professeur Delbet; il ne décrit du reste pas la rétention tubaire dans le sens où nous l'entendons, et les cas plus nombreux qu'il en a trouvés sont étiquetés sous d'autres titres. Nous verrons que ses conclusions sont un peu différentes des nôtres.

CHAPITRE III

DÉFINITION

Il importe, pour bien définir l'affection qui nous occupe, de la situer exactement dans le tableau évolutif des grossesses tubaires. D'après les auteurs, l'interruption précoce de la grossesse tubaire se réalise suivant deux mécanismes principaux :

L'hémorragie intra-tubaire décollant l'œuf;
La rupture du sac.

L'hémorragie intra-tubaire ou hématosalpinx aboutit à une rupture secondaire avec hématocèle, ou à l'avortement tubo-abdominal, l'avortement tubo-utérin ou la résorption de l'œuf étant assez exceptionnels. Pozzi ne distingue pas d'autres éventualités, envisageant seulement en passant le cas où des houppes placentaires déchirées seraient retenues dans la trompe.

Or, le mécanisme est plus complexe :

1° Il peut y avoir rupture primitive; elle se fait par un processus mécanique : un point distendu à l'excès, et par suite nécrosé, du sac tubaire se rompt; l'avortement est consécutif;

2° Ou bien il se fait au niveau de la zone d'insertion placentaire une apoplexie décollant partiellement ou complètement l'œuf et qui cause une hémorragie plus ou moins abondante; c'est l'avortement pur et simple, qui peut ensuite évoluer suivant quatre modes :

a) L'excès de tension causé par l'abondance de l'hémorragie occasionne une rupture secondaire;

b) L'œuf s'achemine vers l'utérus ou le vagin : c'est l'*avortement tubo-utérin,* probablement plus rare;

c) L'œuf se fait jour au travers de l'ostium abdominale et peut même être expulsé par le pavillon dans la cavité abdominale : c'est l'*avortement tubo-abdominal;*

d) L'œuf mort est retenu dans la cavité tubaire, sans rupture de la paroi : c'est la *rétention tubaire.* Celle-ci prend le nom de *rétention fœtale,* lorsque le fœtus est mort dans un stade plus avancé de son évolution, après le cinquième mois. Son étude ne nous occupera pas;

3° L'œuf peut cesser de vivre avant qu'aucun processus d'hémorragie ne se produise; en raison de la difficulté de la greffe sur la muqueuse tubaire, de l'insuffisance du corps jaune, et du développement insuffisant de l'appareil chorial, la nutrition de l'embryon est précaire et il meurt. Ce processus aboutit également à la rétention tubaire.

On peut donc situer la lésion qui nous occupe par le tableau suivant :

Rupture tubaire primitive : Avortement consécutif

Avortement tubaire
- Rupture secondaire de la trompe.
- Expulsion de l'embryon
  - vers l'utérus.
  - dans la cavité abdominale.
- Rétention
  - Rétention tubaire jeune.
  - — fœtale.

Jusqu'à présent, il était classique de désigner sous le nom d'*hématosalpinx* une variété de l'affection qui nous occupe. Beaucoup d'auteurs ont étiqueté de ce nom les observations qu'ils ont publiées. Dans la plus récente statistique, celle de Baculescu, l'auteur appelle hématosalpinx quatre cas de rétention tubaire. Pichevin, Duret, Cauchois et Jeannin, etc., les désignent ainsi. Cette dénomination avait été appliquée en raison de l'épanchement sanguin qui accompagne constamment l'apoplexie ordinaire. On l'avait choisie sans doute parce que les éléments ovulaires noyés dans les stratifications successives des couches sanguines sont souvent méconnaissables, et bien des rétentions ovulaires ont dû être prises pour un hématosalpinx au sens exact du mot. Il est vrai qu'il existe dans la littérature médicale bien des abus de langage analogues et qui ne sont en réalité que des abréviations. Mais un autre point est obscur : ce terme d'hématosalpinx désigne indifféremment le stade initial de l'avortement tubaire, sans rien préjuger des suites évolutives, ou bien les cas où l'œuf avorté reste retenu dans la trompe. Il y a là

une confusion regrettable qu'il vaut mieux ne pas continuer.

D'autres auteurs emploient le terme « *avortement tubaire* »; Patel, Bouilly, Martin, Lyon-Cahen et Pichevin, Godart, etc., intitulent ainsi leurs observations de même que les auteurs anglais disent « *tubal-abortion* », et les Allemands « *tuben-abort* ». Il y a dans les cas d'avortement tubaire, nous l'avons montré, des différences qu'il vaut mieux spécifier.

D'autres enfin (Rivière et Bégouin, Maxwell), se servent de l'expression : rétention fœtale de quatre mois. Le terme n'est pas exact, il faudrait dire rétention embryonnaire. Mais, en raison de l'évolution spéciale des grossesses tubaires ayant dépassé le cinquième mois, habituellement exemptes des accidents foudroyants qui menacent les autres, ne vaut-il pas mieux leur réserver le terme de rétention fœtale ?

Bref, nous appellerons rétention tubaire jeune ou rétention tubaire embryonnaire, ou rétention ovulaire dans la trompe, la rétention des éléments embryonnaires dans cet organe, dans la première moitié de la grossesse avant quatre mois et demi. L'étude de l'évolution nous sera nécessaire pour donner une division de la question.

CHAPITRE IV

ETIOLOGIE

L'évolution d'un avortement tubaire vers la rétention est dominé par des conditions anatomiques et cliniques spéciales.

1° CONDITIONS ANATOMIQUES

Elles dépendent :

A) du lieu d'insertion de l'œuf;

B) du mode de décollement de l'œuf;

C) de la perméabilité des orifices.

A. — Insertion de l'œuf

Il est avéré que la terminaison de la grossesse tubaire par « hématosalpinx » est beaucoup plus fréquente dans la grossesse ampullaire que dans la grossesse isthmique ou interstitielle. Taylor, Doléris, Couvelaire, Pinard l'ont

étudiée. Ils arrivent à conclure que « l'œuf fait éclater la trompe d'autant plus tôt qu'il est greffé plus près de l'utérus, et cela en déterminant des hémorragies considérables. Mais lorsque l'apoplexie précoce se produit dans le sac fœtal ampullaire, elle détermine, non pas la rupture primaire du sac, mais simplement la formation d'un hématosalpinx avec ou sans hématocèle ». Couvelaire l'avait établi en disant que dans la grossesse ampullaire, l'apoplexie ovulaire peut n'être pas suivie de rupture. Et ce qui est vrai pour tous les avortements tubaires sans rupture l'est à plus forte raison, *a priori*, pour les avortements avec rétention.

Dans deux observations que nous avons étudiées nous-même, il s'agissait de grossesses ampullaires. De même dans les observations de Patel, Doléris (2), Savariaud (2), Bouilly, Lecène, Lejars, Charrier, Vautrin. Baculescu précise trois grossesses ampullaires sur ses quatre cas, sans indiquer la nature de la quatrième. Proust et Beuder citent seuls un cas de grossesse isthmique avec hémorragie filtrant à travers le pavillon. Les auteurs sont la plupart muets sur le siège exact de la grossesse; les observations résumées ne disent rien de précis. Cependant, dans l'ensemble, nous pouvons dire que dans l'immense majorité des cas de rétention, la greffe s'était faite dans la partie ampullaire de la trompe. On ne peut nier que dans les premiers temps de la fécondation, l'œuf mort puisse être expulsé de la portion isthmique ou interstitielle de la trompe vers l'utérus. C'est même ainsi que le péristaltisme normal de l'organe doit procéder lorsque la greffe ovulaire s'est faite dans la zone juxta-utérine.

B. — Mode de décollement

Il nous semble plus rationnel de l'étudier suivant qu'il y a eu hémorragie ou non. L'importance de l'hémorragie est grande pour décider ou non de la rupture; il est secondaire que ce décollement soit partiel ou total.

a) Sans processus hémorragique

L'œuf peut mourir sans qu'aucun phénomène hémorragique ne se soit produit, et le petit œuf, devenu corps étranger en liberté dans la trompe, réalise la comparaison de Blanc-Sutton : « le pois dans un sifflet d'enfant ». Il meurt parce que la greffe est insuffisante et que l'embryon n'a pas assez de nourriture. Il meurt aussi parce que le rôle du corps jaune de la grossesse est déficient ou nul. Il meurt encore s'il y a des altérations anatomiques de la paroi tubaire. Dans ces cas rares, beaucoup plus rares, la rétention est fréquente, la rétention est facile. Il n'y a pas de raison pour que l'œuf mort, qui est de dimensions égales ou même inférieures à celles de l'œuf vivant, fasse éclater la trompe. Si la grossesse atteint deux mois, elle pourra facilement devenir une rétention ovulaire; si elle est extrêmement jeune, d'autres éventualités pourront se présenter. L'œuf peut-il se résorber? Oui, sans aucun doute, et nous sommes convaincue que le cas est fréquent. Nous en connaissons quelques exemples; mais, *a priori*, une grossesse tubaire jeune, dont l'évolution se ferait de la sorte, sera bien difficilement diagnosticable, à moins d'un hasard heureux qui nous mette le processus de résorption sous

les yeux. Une éventualité beaucoup plus fréquente est l'expulsion de l'œuf par les orifices naturels de la trompe. Nous ne nous y attarderons pas; naturellement, la cause qui préside à ces divers processus nous échappe totalement.

b) Avec processus hémorragique

L'abondance de l'hémorragie est évidemment un facteur important dans l'évolution de l'avortement tubaire. C'est une notion acquise qu'à moins d'un ostium abdominale très ouvert, une grosse hémorragie détermine par distension mécanique une rupture de la trompe. Dans l'avortement sans rupture, ou l'hémorragie est faible, ou elle s'est fait jour dans le pavillon ou, dans le cas de siège juxta-utérin, vers l'utérus. Jusqu'à ces dernières années, l'hématocèle classique était considérée comme l'aboutissant de l'hématosalpinx par rupture secondaire. Dans le cas de décollement total, les sorts respectifs de l'œuf et de la paroi tubaire sont réglés d'emblée; ils peuvent l'être aussi dans le cas de décollement partiel. Mais le plus souvent, la situation est instable. Les raptus hémorragiques successifs, en modifiant le volume du contenu de la trompe, modifieront son évolution.

Quant à déterminer la quantité de sang juste suffisante pour que la trompe conserve son contenu, c'est tout à fait illusoire, puisque d'autres causes interviennent en même temps.

C. — Perméabilité des orifices

L'orifice du pavillon est facilement dilatable et le plus souvent dilaté. Raymond dit que la dilatation peut arriver

aux dimensions d'une pièce de cinq francs. Cependant, d'autres auteurs invoquent pour expliquer la cause de la rétention une contracture de l'ostium abdominale, constituant une sorte de sphincter. Dans nos cas, l'ostium atteignait la dimension d'une pièce de cinquante centimes environ, insuffisante pour laisser passer l'œuf. Il est regrettable que la plupart des auteurs ne mentionnent pas exactement dans leurs observations ce point particulier; la majorité n'en parle pas du tout. Patel parle « d'un pavillon distendu dans lequel l'œuf faisait hernie ». Lecène, Charrier, Savariaud, Vautrin, décrivent des orifices « largement ouverts ». Charrier, une fois la trompe sectionnée au courant de son intervention, détermine, en la manipulant, l'accouchement de l'œuf mort par le pavillon. Bref, dans la plupart des cas, le pavillon est ouvert; le qualificatif large indiquerait que son orifice atteint des dimensions un peu supérieures à la normale.

Mais, dans les six cas où l'orifice est décrit, quatre sont des rétentions pures, les deux autres se compliquant d'hématocèle. Si l'orifice est ouvert, il semble que le sang aurait dû toujours, sous l'influence de la pression, filtrer au travers. On ne peut expliquer la rétention pure dans nos cas que par deux hypothèses : ou bien il n'y avait pas eu d'hémorragie, c'est possible, mais nous ne l'avons pas constaté; ou bien l'hémorragie a eu lieu à l'intérieur de l'œuf (voir Couvelaire sur ce point); c'est rare, mais Gauthier l'a signalé : « Parfois l'hémorragie se fait seulement à l'intérieur des membranes de l'œuf, il n'y a pas de sang épanché dans le péritoine » (c'est une façon de mourir pour l'œuf); ou bien l'orifice de la trompe n'était pas perméable au moment même où s'est faite l'hémorragie,

ou si peu, que l'oblitération par un caillot a été facile dès le début ou s'est faite secondairement après un petit épanchement résorbé au moment où l'on intervient. On peut invoquer aussi un reploiement en dedans des franges du pavillon. On invoque plutôt encore un rétrécissement de la trompe ou du pavillon, ou un éperon sous-muqueux d'origine congénitale; ces malformations ne sont pas rares. Ce sont des hypothèses qui seraient intéressantes à vérifier; il faudrait un hasard heureux qui permette dans le courant des interventions opératoires de constater toutes ces différentes modalités.

Enfin, étant donné un pavillon largement ouvert, pourquoi l'œuf reste-t-il retenu dans la trompe ? La réponse est facile et nous a été donnée par l'étude du facteur précédemment décrit, le mode de décollement. « Ce n'est pas l'orifice du pavillon dilaté, prêt à un accouchement, qui aurait empêché la sortie de l'œuf, mais celui-ci reste adhérent à la paroi de la trompe. » (Reymond.)

Ceci est vrai, mais non absolu; l'œuf est souvent adhérent, mais non *toujours*; et alors il est retenu dans la trompe si l'ostium abdominale est fermé, ou s'il est ouvert, il ira tomber dans le ventre et constituera l'avortement tubo-abdominal. Quant à l'orifice tubo-utérin, il est normalement et constamment perméable, et de fait il laisse passer du sang, puisque dans la moitié des cas environ les malades ont des pertes, et que ces pertes viennent, comme Savariaud l'a montré, de la trompe. Dans les cas de grossesses tubaires très jeunes ou de grossesses interstitielles, il laissera passer l'œuf constituant l'avortement tubo-utérin (Cestan, Jayle, Lejars, Jonessof). Le plus généralement, il s'oppose par son exiguité et par l'extensibilité

moins grande de ses parois, au passage du corps étranger déjà gros qu'est l'œuf mort, entouré ou non de son épanchement. Il est donc rarement un obstacle à la rétention.

2° CONDITIONS CLINIQUES

A. — Âge de la grossesse

C'est au cours des deux premiers mois, Couvelaire l'a établi, que l'apoplexie ovulaire et la mort de l'œuf peuvent laisser le sac intact. Lejars a insisté un des premiers sur la fréquence de l'avortement dans les grossesses tubaire très jeunes; il les désigne sous le nom de « fausses couches tubaires ». Les grossesses tubaires jeunes sont celles qui aboutissent le plus facilement soit à l'avortement tubo-utérin, difficilement reconnaissable, soit à la rétention. Et de fait, les rétentions tubaires jeunes sont surtout nombreuses au premier et au deuxième mois; elles deviennent l'exception au troisième et au quatrième mois. « Je suis convaincu, dit M. Vautrin, que les fécondations tubaires sont fréquentes et que très souvent elles se terminent par avortement tubo-utérin dans les premières semaines. C'est le résultat de mon observation; c'est ainsi qu'il faut expliquer les retards de règles de quelques jours, suivis de métrorragies et accompagnés de crises douloureuses passagères salpingiennes ou d'orage abdominal brusque et passager. » Dans son observation, Lecène nous montre une grossesse tubaire extrêmement jeune, « la fécondation, dit-il, datait seulement de quelques jours ». Reymond en cite quatre dans lesquels il n'y avait aucun retard des

règles, et pour lesquels l'âge de la grossesse était par conséquent inférieur à quatre semaines.

Nous relevons 20 observations dans lesquelles l'âge peut être évalué à six semaines, 15 à huit semaines, 3 à trois mois.

Les autres restent indéterminées.

La grossesse tubaire très jeune évoluera-t-elle plus facilement vers l'avortement avec rétention ? C'est certain, mais l'âge n'est qu'un facteur relativement secondaire, puisqu'une quantité considérable de ruptures se produisent aussi dans les premiers mois de la gestation et que, d'autre part, il existe des rétentions à tous les âges de la grossesse.

B. — Altérations antérieures de la paroi

Les altérations de la paroi n'interviennent pas à d'autre titre que dans tous les avortements sans rupture. Elles sont peu probantes, peu précises, souvent inconnues et n'expliquent rien, pas plus que dans la pathogénie des grossesses tubaires. Il n'y a pas lieu d'insister. Signalons seulement que chez quelques malades, en moyenne 4 sur 20, et tel est un de nos cas (obs. III), on trouve une blennorragie antérieure, sans pouvoir présumer de l'état des trompes; deux présentaient un hydro-salpinx de l'autre côté, une autre (Vautrin), une rupture tubaire de deux mois plus ancienne dans la trompe opposée. On ne peut qu'émettre l'hypothèse qu'une paroi saine gardera plus facilement son contenu qu'une paroi altérée par des inflammations antérieures.

C. — Etat de la musculature de la trompe

Louis Bazy, dans son observation, nous dit : « Il y a une véritable inertie tubaire en tout point comparable à l'inertie utérine, qui s'explique par ce fait que la trompe est un organe beaucoup moins contractile que l'utérus, non préparé comme celui-ci à remplir le rôle d'organe de la gestation, dans lequel enfin l'infection prolongée n'a pas été souvent sans jouer un rôle, en diminuant la vitalité des tissus et en produisant, comme le veut la loi de Stokes, la paralysie de la couche musculaire sous-jacente à la muqueuse infectée. » Ce n'est pas tout à fait l'avis de Willette, qui admet bien que la paroi reste flasque dans la zone d'insertion placentaire, mais qui prétend que les fibres musculaires restantes se contractent, pressant et exprimant l'œuf ou le placenta, formant ainsi, non pas « un globe de sûreté, mais un globe de danger ». L'existence des contractions qui jouent un rôle inverse, c'est-à-dire qui tendent à expulser l'œuf, a été bien démontrée. Strauch, déjà en 1899, avait montré la réalité de ces contractions par deux observations très probantes. Veit et Thorn les admettent aussi. Doléris signale des phénomènes spasmodiques douloureux pendant lesquels on pouvait se rendre compte de l'apparition d'une tuméfaction. Les contractions traduisent l'intolérance de la trompe hypertrophiée vis-à-vis d'un corps étranger. Elles sont un facteur très important, décidant ou non de l'expulsion de l'œuf.

CHAPITRE V

EVOLUTION ANATOMIQUE ET DIVISION

La rétention tubaire est constituée lorsque l'œuf mort est retenu dans la trompe et devenu corps étranger. Nous venons de démontrer les causes qui tendent à rendre définitive cette rétention. A vrai dire, la grande majorité des rétentions sont passagères et peuvent aboutir dans un délai plus ou moins proche à la résorption, à la rupture, à l'avortement tubo-abdominal, à l'avortement tubo-utérin. D'après l'étude que nous avons faite de tous les cas observés ou lus, on ne peut fixer une époque précise à laquelle la rétention serait définitivement constituée. Charrier nous montre un œuf en voie d'avortement tubo-abdominal. Or, la femme avait eu, un mois aparavant, une grosse hémorragie qui avait marqué selon toutes probabilités l'époque de l'avortement.

L'œuf retenu dans la trompe est un corps étranger plus ou moins bien toléré; des hémorragies successives viennent modifier son volume en ajoutant des couches concentriques de sang autour de l'œuf mort ou dans l'œuf mort. Doléris insiste sur la stratification du caillot placentaire et la structure des feuillets qui permettent de fixer la succession et l'époque des hémorragies de la même façon qu'on apprécie sur la coupe l'âge d'un végétal. Cette précision nous semble un peu excessive, et les autres auteurs dans la suite ne l'ont pas signalée; tout au plus peut-on recon-

naître dans la périphérie un sang plus jeune que le caillot central. Quoi qu'il en soit, ces raptus hémorragiques successifs engendrent des contractions de l'organe, contractions qui rendent instable la situation de l'œuf.

Dans presque tous nos cas observés, la durée de la rétention a été interrompue par l'intervention opératoire, à juste titre, du reste, car, nous le démontrerons plus loin, il peut être parfois périlleux d'attendre.

Dans bien des cas, il est impossible de démêler d'après les observations la durée probable de la rétention. Dans le cas de Proust et Bender, la femme a été opérée deux jours après l'avortement; dans celui de Lecène, la malade, qui n'avait plus ses règles depuis le 23 octobre, fut prise, le 14 novembre, d'une douleur vive avec syncope. C'est la date de l'avortement. Le 17, nouvelle douleur et intervention immédiate. La rétention avait donc duré trois jours. Charrier indique chez sa malade une première métrorragie grave quarante-huit jours après les menstrues; une seconde se produit un mois après avec syncope et formation d'hématocèle. Le premier accident était sans doute la date de l'avortement; il avait été qualifié de fausse couche, donc, il n'y avait pas d'hématocèle concomitante. La rétention a duré un mois, c'est-à-dire jusqu'au processus qui a déterminé l'hématocèle et nécessité l'intervention.

Dans l'observation de Doléris, la malade souffrant de poussées hémorragiques aiguës, avait attendu quelques mois, dit l'auteur, avant de se décider à l'intervention; elle revint et fut surveillée quelques semaines dans son service. Elle sortit de nouveau et revint au bout d'un mois pour être opérée.

Cela nous fait donc deux mois, plus les quelques mois indéfinis qu'on peut évaluer au minimum à deux ou trois; la rétention a donc eu une durée minimum de quatre à cinq mois.

Dans le cas suivant du même auteur, les dernières règles ont lieu le 2 juin, les pertes le 11 juillet, l'intervention le 25; donc rétention de quatorze jours.

Dans le cas de Teissier, les règles sont en retard de quelques jours et les douleurs vives ont eu lieu six jours avant l'intervention.

Dans le premier cas de Savariaud, dernières règles le 12 décembre, douleurs vives le 7 janvier, intervention le 2 février. Dans le second, dernières règles il y a trois mois, douleurs vives il y a deux mois; la malade est prise pendant la consultation de douleurs atroces qui font poser le diagnostic d'avortement : intervention immédiate. L'auteur ne dit pas si l'avortement s'est fait au moment des premières ou des secondes douleurs, mais comme la trompe ne contenait qu'un caillot sans embryon apparent, il y a tout lieu de supposer que l'avortement s'est fait en février, et que cet embryon s'est résorbé de février à mars. Mais comme le nombre de jours exact n'est pas précisé, nous pouvons dire que la rétention a duré six semaines environ.

Dans le cas de Vautrin, en avril dernières règles, en juin vives douleurs dans le ventre, le 10 juillet intervention; donc, rétention de six semaines environ.

Dans une de nos observations personnelles, douleurs vives trois semaines après les règles, intervention trois mois après.

Dans une autre, douleurs vives cinq semaines après les règles, intervention après huit jours.

Bref, en analysant ainsi toutes nos observations, nous trouvons que la durée de la rétention varie de un jour à trois mois. Les chiffres de 15 à 30 jours se rencontrent fréquemment; une durée de deux à trois mois est plus rare. Nous connaissons enfin deux cas de rétention de quatre mois, ceux de Rivière et Bégouin et de Maxwell.

***

Pendant la durée de cette rétention, l'œuf qui reste contenu à l'intérieur de la trompe a une constitution variable. Il y a différentes sortes de rétentions tubaires, et de plus chacune d'elles peut se modifier pendant son évolution :

1° La rétention peut être totale, c'est-à-dire que le contenu de la trompe au moment où se fait l'avortement restera dans l'organe. Suivant le processus de l'avortement, ce contenu sera variable :

a) S'il y a simplement mort de l'œuf par insuffisance de nutrition, la trompe contiendra l'œuf seul, c'est-à-dire l'embryon et les membranes sans épanchement;

b) Si l'avortement a lieu par épanchement ovulaire, trois cas se présentent, suivant que l'hémorragie s'est faite :

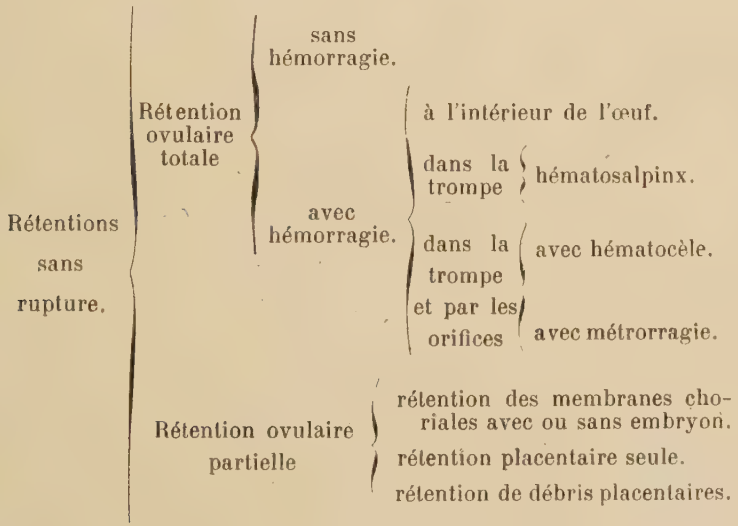
à l'intérieur de l'œuf;
à l'intérieur de la trompe;
à l'intérieur de la trompe, avec expulsion d'une partie ou de la totalité du sang dans l'abdomen ou dans l'utérus;

2° La rétention peut être partielle suivant que l'œuf a laissé échapper l'embryon pour ne conserver que les membranes en totalité ou en partie.

A partir de trois mois, moment où le placenta apparaît, la rétention peut comprendre, avec les membranes, tout ou partie de ce placenta ;

3° Il faut faire une place à part assez importante aux cas de rétention compliquée de rupture ou de fissuration de la trompe. Comme Pozzi l'a déjà signalé, il peut très bien exister de petites fissures ou déchirures linéaires sans que l'œuf fasse éclater plus complètement la paroi au point de s'échapper de la trompe. Une rupture même assez étendue de la paroi peut ne pas laisser échapper l'œuf si les membranes obstruent l'orifice. Ces rétentions sans rupture, plus rares, constituent un nouveau chapitre fort intéressant.

Nous pouvons donc schématiser les rétentions dans le tableau suivant :



La rétention ovulaire totale est sans contredit la forme la plus parfaite de rétention. Elle est aussi la moins fréquente, et sa forme la plus rare est celle où l'embryon meurt sans qu'il y ait eu hémorragie placentaire.

Doléris en parle, mais sans citer de cas. Nous n'en connaissons personnellement aucun. Et cette rareté peut s'expliquer aisément. C'est cette forme qui donnera le moins de symptômes bruyants; c'est elle qui, *a priori*, aboutira le plus facilement à la résorption.

Les autres formes viennent ensuite par ordre de fréquence.

La rétention totale avec hémorragie, à l'intérieur de l'œuf constituera la forme la plus stable, la plus définitive.

Les formes suivantes d'avortement avec hématosalpinx, sont susceptibles de donner lieu, dans la suite, à une hématocèle.

On a vu que, dans plusieurs observations (personnelle, Doléris, Sterne, Baculescu), il y a eu en premier lieu, dans l'évolution de l'affection, des symptômes qui traduisaient l'avortement, et quatre jours, huit jours, un mois plus tard, des signes nets d'hématocèle. L'hématocèle est cependant souvent contemporaine de l'apoplexie ovulaire.

La rétention totale peut-elle devenir partielle par expulsion de l'embryon ? C'est possible, car l'embryon est la partie de l'œuf la plus mobile lorsque les membranes ovulaires sont adhérentes. Si l'embryon n'a pas été expulsé au moment même de l'avortement, il est englobé dans la suite dans des couches sanguines qui l'emprisonnent, et il n'y a plus possibilité pour lui d'être expulsé.

Dans le cas de rétention partielle, il est plus plausible que le placenta puisse se déchirer par décollements suc-

cessifs de l'œuf. Une rétention placentaire primitivement complète peut devenir partielle par l'expulsion de houppes placentaires déchirées. C'est là néanmoins un fait bien difficile à mettre en évidence.

A côté de ces cas bien définis de rétention tubaire, il faut faire une part à certains cas transitoires dans lesquels la rétention manifestement constituée au début, aboutit dans la suite à ce qu'on a nommé la fissuration du sac. L'évolution de ces avortements est une phase intermédiaire en effet, si ces fissurations successives peuvent être le point de départ, et elles le sont le plus souvent, d'une rupture secondaire.

Mais quelquefois elles n'aboutissent pas à la rupture si l'opérateur intervient à temps. L'œuf reste inclus dans la trompe : nous en possédons un très beau cas. Les symptômes restent donc ceux des rétentions.

Nous les décrirons aussi, en raison de cette symptomatologie analogue et pour faire comprendre plus facilement l'évolution possible de la rétention vers la rupture.

CHAPITRE VI

ETUDE CLINIQUE

Nous nous basons, pour édifier un tableau clinique de la question, sur l'étude minutieuse de nos observations personnelles et sur celles publiées par les auteurs. Bien que certains symptômes manquent dans les descriptions que nous avons lues, nous tâcherons d'en tirer le maximum de conclusions possible. Nous avons étudié également ou observé nous-même, bien des cas de grossesse tubaire dont le tableau voisinait avec ceux de la rétention ou que nous avions pris tout d'abord pour tels. Leur observation nous servira pour étudier les symptômes et surtout pour éclairer le diagnostic.

Nous commencerons par étudier rapidement la fréquence, puis la symptomatologie des rétentions tubaires, leurs complications, leur pronostic et leur diagnostic. Nous arriverons ainsi à déduire de ce tableau les indications du traitement.

Bien entendu, nous ne nous attarderons pas à la descrip-

tion minutieuse de tous les symptômes de grossesse extra-utérine. Cette étude sortirait du cadre de notre sujet. Nous nous arrêterons surtout aux symptômes dont la nature peut orienter le diagnostic vers l'hypothèse de rétention. Nous ferons notre description, pour plus de clarté, en suivant la division que nous avons faite au chapitre précédent. Après chaque tableau clinique, nous donnerons comme preuve à l'appui de nos affirmations les observations qui s'y rapportent, les plus probantes, et nous résumerons les autres.

1° FRÉQUENCE

La rétention tubaire constitue une forme clinique exceptionnelle. Il n'est pas possible d'établir un pourcentage relativement à tous les cas de grossesses tubaires, car celles-ci sont extrêmement nombreuses; on les retrouve à chaque pas dans la littérature médicale et il est bien impossible de les totaliser. Il faut admettre la fréquence de l'arrêt dans la trompe de l'ovule fécondée et par conséquent considérer que beaucoup des grossesses tubaires sont ignorées, car elles ont une durée pour la plupart éphémère par greffe trop précaire. D'autre part, les observations de rétention tubaire sont présentées pour la plupart seules, sans que l'auteur ait établi un rapport avec les autres cas. Chavannaz, dans sa statistique des grossesses extra-utérines, mentionne bien qu'il a trouvé cinq cas d'avortement tubaire pour huit ruptures. Mais il ne dit pas quelle variété d'avortement. Cones également ne donne pas de précision; seul Baculescu, dans les 56 cas observés dans le service du professeur Delbet, donne exactement le nombre des variétés cliniques : nous relevons trois cas d'hématosalpinx et deux cas étiquetés expulsion de la caduque qui sont tous les cinq des rétentions.

Pour les cas de rétention avec hématocèle, Baculescu n'en trouve pas un seul; nous en trouvons au total trente cas.

Bref, disons seulement que les rétentions tubaires sont des incidents assez rares au cours de l'évolution des grossesses extra-utérines.

2° SYMPTOMATOLOGIE

Il ne peut être question de signes de certitude pour le diagnostic positif de la rétention tubaire. C'est, comme pour toute grossesse jeune, de l'ensemble des signes de probabilité qu'on arrive à poser une certitude. Les premiers symptômes nous sont donnés par les renseignements, très précieux que fournit l'anamnèse.

Interrogatoire

A) La suppression des règles est le premier signe qui éveille l'idée d'une grossesse. Dans un diagnostic de grossesse tubaire, ce signe est d'une importance capitale. Naturellement, dans bien des cas la grossesse tubaire est si jeune qu'il ne peut exister. Lecène cite un cas dans lequel les accidents étaient survenus vingt jours à peine après la cessation des dernières règles. Le plus souvent, ou bien il n'y a aucun retard des règles, les symptômes d'avortement se manifestent quatre semaines après les dernières règles; ou bien, c'est le cas que nous avons relevé le plus fréquemment, il y a un petit retard de deux ou trois semaines, le plus souvent deux.

Dans la grossesse tubaire, les règles peuvent ne pas être modifiées dans leur périodicité et leur durée. Elles peuvent être retardées ou diminuées d'abondance et de durée. La recherche de la suppression des règles sera donc parfois vaine et inutile.

Reymond trouve dans

4 cas : aucun retard des règles;

2 cas : deux semaines;
1 cas : trois semaines;
1 cas : six semaines.

Ce sont les proportions que nous trouvons en relevant tous nos cas, sauf pour la première éventualité, dans laquelle nous trouvons le même chiffre que pour la seconde. Beaucoup d'observations ne mentionnent pas de détails précis. Nous arrivons à ces chiffres en relevant celles qui les relatent.

La suppression des règles avait été considérée longtemps comme une indication peu absolue. Bon nombre de femmes nous racontent qu'elles ont été réglées comme de coutume; certaines nous disent que les dernières règles ont seulement été plus ou moins abondantes que d'habitude, ou plus ou moins douloureuses, ou plus ou moins longues, ou que le sang avait une coloration différente. Elles sont de bonne foi en nous faisant ce récit. Elles se trompent seulement sur la nature de ces pertes, qui ne sont pas en réalité des périodes menstruelles, mais des métrorragies, comme nous allons voir. Lejars nous disait en 1904 : « Un des éléments du diagnostic de la fausse couche tubaire est le type de la perte : les règles ont été plus abondantes, prolongées. » En réalité, il est bien probable que ces soi-disant règles étaient des métrorragies.

Reymond dit : « Dans certains cas, il semblerait cliniquement que la grossesse tubaire n'ait pas arrêté les règles; il est plus vraisemblable de supposer que, très près de son début, la grossesse a déjà déterminé des pertes vaginales que la malade a prises pour des règles. »

Violet cite un cas dans lequel son diagnostic avait été

égaré au début par le récit de la malade : « Cette histoire de règles, dit-il, ainsi racontée, était bien faite pour nous égarer. En réalité, les règles de juillet, qui au dire de la malade étaient venues au bout du mois, se trouvaient en retard sur la normale, étant donné que d'ordinaire elle était réglée toutes les trois semaines. »

Nous verrons que, dans nos cas, les pertes ont des caractères particuliers qui les différencient nettement des menstrues.

B) Pertes vaginales. — Elles sont de la plus haute importance pour établir le diagnostic de la grossesse extra-utérine. Elles ont une véritable valeur pathognomonique. Souvent elles sont le premier symptôme qui attire l'attention de la malade et la décident à venir consulter un médecin. Ou bien, en l'absence des règles, la femme se croyait enceinte, et elle s'étonne de ces pertes anormales qui déroutent ses suppositions ; ou bien elle ignorait son état de grossesse, les dernières règles remontant à moins de quatre semaines, et elle ne comprend rien à ces petites pertes dont la nature et la durée sont différentes de celles des périodes habituelles, ou dont la date ne correspond pas au retour menstruel qu'elle attendait. Ces pertes ont des caractères et une origine variés et surtout une signification du plus haut intérêt que nous allons essayer d'établir.

a) *Leurs caractères.* — Elles sont tout d'abord fréquentes. Lejars insiste déjà, en 1904, dans son article sur les fausses couches tubaires, sur la fréquence des pertes sanguines accompagnant les avortements tubaires. Il parle de leur confusion facile avec les fausses couches banales et du

nombre de curetages intempestifs appliqués pour un soi-disant avortement utérin ou encore pour une métrite hémorragique. Il décrit le type spécial de la perte qui doit éclairer le diagnostic.

Savariaud dit qu'elles ne manquent presque jamais. Reymond qu'elles sont fréquentes. Il les a observées dans ses huit cas.

Dans sa statistique, Baculescu trouve 28 cas sur 56 où des pertes sanguines ont eu lieu avant la rupture, mais le chiffre n'indique pas exactement la fréquence des pertes dans les cas spéciaux des rétentions.

Dans les cas de rétention tubaire, nous les avons trouvées en moyenne dans la proportion de 6 sur 10, en résumant toutes nos observations, y compris celles où elles ne sont pas indiquées; il y a évidemment là une cause d'erreur pour établir une statistique, mais il est infiniment probable que les cas où les pertes ne sont pas mentionnées sont ceux où elles n'existaient pas, car on ne saurait omettre un symptôme aussi important.

Ces pertes peuvent être continues ou intermittentes. Continues, elles sont plus abondantes; c'est ce que Proust et Bender ont appelé la métrorragie distillante. Ou bien leur abondance peut être telle que ce symptôme peut conduire au diagnostic de fibrome, surtout chez la femme qui a dépassé 35 ans. Cette erreur fut faite dans un cas de Baculescu, où l'intervention montre une rétention totale avec œuf greffé près de l'ostium utérinum (Obs. I). La confusion est possible aussi avec la métrite hémorragique.

Plus souvent, les pertes sont intermittentes. Elles apparaissent à intervalles irréguliers et leur abondance est variable; nous verrons s'il y a lieu de supposer si chaque

perte correspond à un processus évolutif dans la trompe. La nature de ces métrorragies est différente.

Ce sont :

Des pertes de sang rouge analogues à l'écoulement menstruel;

Un écoulement sanguinolent brunâtre rouillé qu'on a comparé à du chocolat;

Du sang mélangé à des débris de caduque utérine;

Du sang mélangé à de véritables villosités choriales.

Dans ces quatre cas, les caractères précédents de durée et d'abondance sont variables; dans le cas d'un écoulement couleur chocolat, la perte est en général minime; dans les trois autres cas, elle peut être légère ou de moyenne abondance. Il est exceptionnel que l'écoulement vaginal soit d'une telle abondance qu'il devienne inquiétant.

B) *Leur origine.* — Elle peut être soit tubaire, soit utérine. Cette provenance a été autrefois vivement discutée. Les opinions les plus anciennes sur le sujet ont été émises par Pillet et Bouilly. Pillet, dans les *Annales de Gynécologie*, en octobre 1895, émet l'idée suivante : « Ces hémorragies (utérines) devront être distinguées de celles qui proviennent du placenta tubaire décollé. Ces dernières sont fournies par de véritables caillots noirs, épais, contenant des villosités placentaires. » Bouilly, dans la *Gynécologie*, en février 1898, étudie les caractères de l'écoulement brun rouillé et ses rapports avec la date de l'avortement et de la rupture; il n'entre pas dans le détail du processus d'avortement, mais ses indications sont néanmoins précieuses quant à l'origine de l'hémorragie. Pour lui, la perte est constituée par l'épanchement sanguin produit

dans la trompe, et peut-être même par le sang épanché dans le péritoine et rentrant dans la trompe péritonéale. Cette dernière hypothèse, toutefois, nous paraît bien hardie, et nous ne connaissons pas d'observation qui puisse être interprétée dans ce sens.

Bouilly ajoute : « L'épanchement a exactement les mêmes caractères que le liquide trouvé dans la cavité tubaire au moment de la laparotomie, et l'écoulement par le vagin cesse par épanchement dès le lendemain du jour qui suit l'ablation de la trompe. En revanche, ni les injections, ni le repos ne sont capables de la modifier. »

Dans la suite, ces idées avaient été un peu oubliées et ce fut Savariaud, dans une discussion à la Société Anatomique de Paris, en février 1906, qui agita de nouveau la question.

Cornil et Mauclair admettent l'origine utérine. Bender ne croit pas à l'origine tubaire. Savariaud conclut en affirmant l'origine tubaire de certaines métrorragies avec observations à l'appui. Son étude est nettement probante, car dans ses observations l'hémorragie cesse nettement après l'ablation de la trompe.

La nature du sang épanché donne les indications les plus précieuses au point de vue de son origine. On admet généralement que dans le cas de pertes vaginales rouges, avec ou sans débris de caduque, la provenance est utérine. Cependant, Savariaud apporte une preuve à l'encontre de cette affirmation : dans un de ses cas (Obs. XI), le sang était rouge et l'hémorragie venait nettement de la trompe. Cependant, les pertes rouges proviennent le plus souvent de l'utérus : chacun sait le travail congestif qui se fait par secrétion interne (Job) au niveau de la muqueuse utérine

dans les cas de grossesse ectopique, ce travail aboutissant à la formation d'une véritable caduque. « La muqueuse utérine, dit M. Gauthier, subit le même travail que dans la grossesse normale; elle se transforme en caduque dont les caractères histologiques sont les mêmes dans les deux cas. La caduque ainsi formée est expulsée quand le fœtus est mort et quelques jours après; c'est l'occasion d'un écoulement sanguin rouge plus abondant. Et puis, quand dans une trompe gravide survient quelque incident, hémorragie ou rupture, il se produit une perturbation dans l'utérus et la caduque se détache. »

L'expulsion de la caduque est donc pathognomonique. Malheureusement, elle est le plus souvent inaperçue par les malades; ou bien, constatée par la malade ou même par le médecin, elle est considérée comme l'expression d'une grossesse normale. Il faut évidemment avoir constaté des signes positifs de grossesse tubaire, comme l'augmentation de volume de la trompe ou les douleurs latérales, pour songer à la possibilité d'un avortement tubaire. Il faut aussi être prévenu de la fréquence des grossesses tubaires jeunes.

Dans une discussion récente à la Société d'Obstétrique, de Gynécologie et de Pédiatrie, le 11 avril 1910, Lecène fait le diagnostic histologique des membranes utérines dans la dysménorrhée membraneuse et la grossesse extra-utérine; il en conclut que l'examen histologique ne peut donner que des résultats douteux. De l'ensemble des faits, nous pouvons déduire aussi que l'expulsion de la caduque n'a pas une valeur pathognomonique; mais, unie à d'autres symptômes, elle apporte un éclaircissement, surtout, comme nous le verrons plus tard quand elle marque une date précise de l'évolution de l'œuf.

L'écoulement brun rouillé est un symptôme très important de grossesse tubaire. Bouilly l'avait déjà signalé; tous les auteurs qui l'ont étudié dans la suite le considèrent comme pathognomonique. Nous le retrouverons en moyenne dans les cas que nous avons étudiés, deux fois sur dix, c'est-à-dire qu'il n'est pas très fréquent. Peut-être certains auteurs ont-ils omis de rechercher ce point spécial de l'anamnèse. Il peut du reste passer inaperçu parce qu'il est presque toujours peu abondant; de ce fait, la malade ne lui attribue aucun caractère inquiétant et ne la signale pas. C'est en effet plutôt un suintement qu'un écoulement; ce sang brunâtre est du sang déjà âgé qui a séjourné dans la trompe, l'élément aqueux en est de ce fait en partie résorbé. Du reste, *a priori*, si un écoulement très abondant se fait dans la trompe, il doit ou la faire rompre, ou s'échapper brusquement par l'un des orifices. S'il s'échappe par l'orifice utérin, cet écoulement abondant sera donc du sang rouge. Au contraire, pour que le sang puisse séjourner dans la trompe, il faut que l'épanchement soit de faible quantité. Le sang vieux, devenu couleur de rouille, suintera goutte à goutte par l'ostium utérinum.

Quant à l'expulsion de villosités placentaires, nous les trouvons signalées par Pillet, en 1895. Nous n'en avons trouvé dans la littérature médicale ni observé aucun autre cas. C'est évidemment possible, au même titre que l'avortement tubo-utérin, mais il faut considérer ce fait comme exceptionnel.

c) *Leur signification.* — Du fait qu'il y a perte vaginale, que faut-il en conclure pour le diagnostic de l'avortement ou de la rétention ?

La première perte traduit-elle l'avortement et la mort de l'œuf ? « S'il en était ainsi, dit Doléris, la malade qui n'a remarqué aucun retard dans ses règles, c'est-à-dire qui a eu dès le début de sa grossesse tubaire des pertes sanguines, devrait toujours présenter au cours de l'intervention un œuf très petit arrêté de bonne heure dans son évolution ; or, il n'en est pas ainsi dans tous les cas : l'œuf peut avoir pris un développement assez considérable. »

L'œuf peut très bien continuer à vivre, bien qu'une hémorragie se soit produite. En effet, cette hémorragie peut provenir simplement d'un décollement incomplet de l'insertion placentaire restante, peut être suffisante pour assurer la nutrition de l'œuf. Cependant ce fait est exceptionnel et surtout pour les pertes peu abondantes. Mais, quand la perte ou l'hématocèle sont continues ou abondantes, qu'elles sont accompagnées de crises douloureuses, que l'examen bimanuel fait constater que le volume de la trompe reste stationnaire, il y a tout lieu de croire que l'œuf est mort.

Martin, dans la *Revue Médicale de Normandie*, en 1901, affirme que ces pertes sont l'indice certain de l'avortement : « Il est également un autre signe clinique sur lequel je désire insister, c'est la constance et la continuité de l'écoulement sanguin observé chez tous mes malades. J'attache à ce symptôme une grande importance parce qu'il me paraît prouver deux choses : d'abord qu'il y a eu avortement, c'est-à-dire cessation de la grossesse tubaire ensuite, que cet avortement a été incomplet.

Le docteur Muret, de Lausanne, a fait une comparaison exacte entre l'avortement tubaire et l'avortement utérin. « Je voudrais seulement, dit Doléris, pousser plus loin

que lui encore cette comparaison et dire qu'en cas d'avortement tubaire incomplet, c'est-à-dire avec rétention de débris d'œuf ou de caillots dans la trompe, ce n'est pas seulement dans le péritoine que le sang s'écoule d'une façon continue, mais encore par le vagin. L'utérus saigne tout comme après un avortement ordinaire incomplet, alors qu'il y a rétention d'une portion du placenta ou simplement des membranes. Il n'y a de différence, à mon avis, que dans l'abondance de l'hémorragie, considérable dans ce dernier cas, beaucoup moindre mais plus continue dans le cas de rétention tubaire. »

Il en est de même pour l'expulsion de la caduque. Gauthier, dans sa thèse disait : « Quand dans une trompe gravide survient quelque incident, hémorragie ou rupture, il se produit une perturbation dans l'utérus et la caduque se détache. » Cestan affirme également que la caduque est expulsée après la mort du fœtus. En revanche, plus récemment Pinard, Cazeaux, Pozzi admettent que l'expulsion de la caduque ne correspond nullement à la mort de l'œuf. Pozzi affirme : « Elle peut se produire à toutes les époques de la grossesse extra-utérine. Elle n'implique pas fatalement la mort du produit de conception. »

D'après nos observations, nous croyons pouvoir dire que l'expulsion de la caduque est en général l'expression de la mort de l'œuf. Nous la trouvons toujours associée à des douleurs violentes et à des symptômes généraux dont l'ensemble justifie cette interprétation. Les cas où elle n'est qu'un épiphénomène dans l'évolution de la grossesse, l'œuf étant vivant, nous semblent exceptionnels.

C) Douleurs. — Elles sont très variables par leurs caractères et leur signification. Sourdes, continues, elles

sont un symptôme de grossesse extra-utérine et ne figurent pas particulièrement dans le tableau de la rétention. La distension de la trompe par l'œuf qui augmente de volume, produit forcément une douleur sourde, surtout dans le cas de grossesse isthmique, la région de l'isthme se laissant encore plus difficilement distendre. De même si la trompe n'a pas contracté d'adhérences, le poids de l'organe rempli par un œuf devenant de plus en plus volumineux, tiraille sur le pédicule et occasionne une sensation douloureuse. Ces douleurs sourdes, le plus souvent continues, siègent dans la région du bassin correspondant à la grossesse et ont un retentissement pénible dans la région inguinale, fait signalé déjà par Sydney Turner, qui lui attribuait une grande importance (thèse de Cestan). Ces douleurs sont le retentissement de la lésion sur les branches terminales du nerf génito-crural qui se distribue jusque vers la corne utérine. Elles n'auront d'importance dans les cas qui nous occupent qu'en raison de leur persistance. Si l'avortement tubaire est fait, que les règles aient réapparu, que l'œuf soit en état de rétention dans la trompe, ces douleurs anormales peuvent devenir le seul indice d'une rétention qui sera confirmée par le toucher vaginal.

Plus pathognomoniques sont les douleurs intermittentes qui traduisent les contractions de la trompe. L'œuf vivant ou mort est un corps étranger dont la trompe cherche à se débarrasser par des contractions. Les douleurs violentes survenues dans l'évolution d'une grossesse tubaire ne traduisent pas toujours la rupture de l'organe. Cependant, bon nombre d'auteurs les considèrent encore comme prodromiques de la rupture. Bégouin emploie ce terme pour les désigner, au cours d'une discussion à la Société de

Médecine de Bordeaux, en 1907. Or, en analysant nos observations, nous trouvons que non seulement les douleurs ne correspondent pas toujours à la rupture de l'œuf, mais qu'elles correspondent à des contractions autour de l'œuf mort.

Dans nos cas de rétention sans rupture, ces douleurs existent presque constamment.

Dans notre cas personnel de rétention totale pure, nous avons constaté, trois semaines après les dernières règles, une douleur extrêmement vive dans le bas-ventre. La sensation est la même, dit la malade, que dans le cas d'une colique violente. Dans la suite, la douleur diminue, mais persiste sourde pendant trois semaines; elle s'atténue sans disparaître complètement. Deux mois après cet accident, un tableau analogue se reproduit : douleur brusque pendant dix minutes, siégeant dans le bas-ventre, à droite; la douleur cesse pendant dix autres minutes puis reprend, puis cesse de nouveau.

Or, l'intervention a montré que la trompe était intacte, et d'autre part les symptômes concomitants prouvent que la mort de l'œuf a dû se faire lors de la première crise douloureuse. Les douleurs suivantes ont donc été manifestement la traduction de contractions salpingiennes autour de l'œuf mort. Notons leurs caractères : courte durée, violence extrême; les malades les comparent à des coliques intestinales vives; elles traduisent en effet comme ces dernières la contraction d'une paroi musculaire autour d'un corps étranger devant être expulsé.

Dans le cas de Doléris : douleurs à forme expulsive localisées à droite, vives, discontinues, s'arrêtent puis reprennent peu après. L'opération a lieu, autant qu'on peut en

juger par le récit de l'auteur, six semaines à deux mois après cette crise et montre un œuf ectopique.

Dans le cas de Vautrin : douleurs violentes deux mois après les règles, puis un mois après.

Dans le cas de Brindeau : douleurs abdominales extrêmement vives, avec syncope.

Dans les cas de rétention avec hématocèle, nous retrouvons constamment ces coliques vives.

Dans notre cas, nous avons noté des douleurs vives sous forme de coliques, trois semaines après les dernières règles: ces douleurs restent sourdes pendant un mois, puis se réveillent avec acuité; un jour après, même recrudescence. Lecène signale de vives douleurs à droite après un retard de vingt jours; Tessier, une vive douleur dans le bas-ventre alors que les règles étaient en retard de quelques jours. Savariaud a constaté lui-même chez une femme, au moment où elle venait le consulter, des douleurs atroces avec écoulement de sang par la vulve; la femme avait eu déjà des douleurs analogues un mois auparavant. Dans son second cas, il signale des crises douloureuses à une semaine d'intervalle.

En résumé, dans tous les cas publiés où les symptômes sont décrits avec précision, nous retrouvons des crises douloureuses comparables à des coliques siégeant dans le ventre du côté de la trompe gravide, de courte durée, se répétant à intervalles plus ou moins longs, d'un jour, d'une semaine ou d'un mois. En tenant compte des cas de Reymond, où la proportion n'est que de 1 sur 8, et de tous les autres où elles ont été constantes, nous arrivons à une proportion de 12 sur 20.

Ces crises douloureuses sont, à notre avis, un signe pathognomonique des rétentions tubaires.

Symptômes qui les accompagnent. — Dans la moitié des cas, la crise douloureuse est accompagnée de vomissements, de défense de la paroi abdominale, de météorisme. Violet insiste sur la difficulté du diagnostic dans ces formes douloureuses pour lesquelles les phénomènes subjectifs ne répondent à rien d'objectif pendant longtemps. Ces phénomènes subjectifs sont de véritables coliques survenant par crises répétées, auxquels s'ajoute du péritonisme.

Reymond dit que sur ses huit observations publiées, la douleur angoissante manquait dans tous les cas, sauf dans un seul. Baculescu, au contraire, affirme que ces douleurs existent indépendamment de la rupture; il les a trouvées dans trois de ses cas.

Quant aux cas de rétention tubaire avec fissuration ou avec rupture, nous y trouvons constamment des douleurs violentes analogues à celles bien connues qui précèdent la rupture. Ces douleurs traduisent simplement la déchirure de la trompe et sont analogues seulement par leurs allures cliniques aux douleurs qui accompagnent les rétentions sans rupture. Nous verrons plus tard que l'explication pathogénique est différente.

Dans 6 cas sur 20, il y a eu un véritable shock péritonéal. Parmi ces 6 cas, 3 étaient compliqués d'hématocèle abondante qui suffit à expliquer l'ictus. Dans les 3 autres cas, il n'y avait pas d'hématocèle, pas d'écoulement abdominal appréciable à la laparotomie; dans un seul cas,

celui de Bouilly, la trompe était fissurée; dans les deux autres, elle était intacte.

Reymond cite une douleur syncopale chez une malade au lendemain d'une longue marche, pendant les efforts de la défécation; il remarque que ce cas est justement celui où on a trouvé l'œuf le plus petit.

Bouilly insiste aussi, sans l'expliquer, sur cet état de shock péritonéal avec pâleur de la face, pouls filiforme, météorisme qui fait croire à une hémorragie abondante alors que l'effusion dans le péritoine a été minime ou n'existe pas. L'intensité de la douleur suffit-elle à expliquer l'intensité du shock ?

Il ne semble pas y avoir d'autre explication possible actuellement, sauf l'hypothèse si difficilement vérifiable d'un réflexe; du reste, cette explication nous semble très possible, car il est avéré qu'une douleur intense peut produire aisément des phénomènes syncopaux.

Leur signification. — Bon nombre d'auteurs ont essayé déjà de résoudre cette question : à quoi sont dues les crises douloureuses lorsqu'il n'y a ni rupture, ni fissuration de la trompe. Kustner ne croit pas que la cause déterminante des douleurs, pas plus que des hémorragies, soit les contractions de la trompe gravide. Il invoque à l'appui de cette affirmation, l'état de minceur extrême à laquelle sont réduites les parois de l'oviducte. Pour lui, les douleurs périodiques sont l'expression de la distension tubaire et de poussées péritonéales. Bouilly explique au contraire que l'œuf ou le placenta retenu dans la trompe et y jouant le rôle d'un corps étranger, y détermine des hémorragies successives. Les crises paroxistiques douloureuses marquent

chacune de ces hémorragies et traduisent les contractions de la trompe autour de ce sang, cause d'irritation pour ses parois. Ces contractions sont absolument analogues à la colique salpingienne dans les cas d'hydrosalpinx ou *hydrops profluens*. C'est Strauch qui le premier, en 1899, démontra la réalité des contractions de la trompe gravide par deux observations très probantes. Ces observations ne sont pas parfaitement superposables aux nôtres; du moins, au point de vue symptomatologique, expliquent-elles bien la possibilité et le mécanisme de la contraction.

« Dans la première, la rupture de la trompe eut lieu au 5e mois; la malade guérit, mais, dans la suite, éprouve des crises douloureuses semblables aux douleurs de l'accouchement ou de l'avortement; pendant les douleurs, on sentait nettement la trompe droite, du volume d'un poing, se contracter. A l'opération, on trouve un fœtus momifié dans l'abdomen et une trompe à parois très épaisses contenant le placenta. Dans la deuxième observation, la trompe gravide se rompit au 2e mois. L'opération montre une inversion de la trompe que l'auteur attribue à la contraction des parois tubaires. »

Veit et Thorn admettent les contractions de la trompe comme cause des douleurs.

Bouilly conclut en disant : « Dans ces deux cas, (observation XXV), je n'ai pas observé de contractions de la trompe, mais par les anamnestiques, j'ai constaté des phénomènes spasmodiques douloureux, se produisant à intervalles éloignés, dans une trompe renfermant un produit de conception mort depuis longtemps. A chaque crise, tumeur volumineuse dans la région correspondante; la malade s'affaiblit, pâlit, est prise d'état syncopal carac-

téristique. Douleurs en forme d'épreintes, sang rendu par l'utérus. »

Doléris, en signalant dans un de ses cas les crises douloureuses, emploie le terme : douleurs à forme expulsive.

Tous les autres auteurs notent leur caractère de vivacité, de violence particulière. Savariaud indique des douleurs atroces.

De l'ensemble de ces faits, nous pouvons conclure que la douleur est due :

Soit à la fissuration de la paroi;

Soit à la distension brusque de la trompe par une hémorragie intra-tubaire;

Soit à la dilatation de l'orifice du pavillon, qui se dilate progressivement jusqu'à acquérir les dimensions d'une pièce de cinq francs, au moment de la présentation de l'œuf à l'orifice (Reymond);

Soit aux contractions de la trompe gravide autour de son contenu qu'elle cherche à expulser;

Soit à la chute dans le pelvis de quantités de sang expulsé par des contractions salpingiennes.

Le fait que ces douleurs ont été accompagnées de l'expulsion de sang par la vulve (Lecène, Savariaud, Bouilly, Brindeau, Doléris), et que ce sang venait manifestement, nous l'avons démontré, de la trompe, prouve surabondamment qu'elles étaient dues à des contractions de l'organe. Pour vérifier le fait d'une manière plus certaine encore, il faudrait pouvoir apprécier par le palper bimanuel les contractions de la trompe. Cette exploration très délicate est de plus assez difficile à pratiquer, étant donnée la douleur vive qu'éprouve la femme, douleur qui empêche tout exa-

men. Dans nos cas, nous n'avons pu la faire et nous ne l'avons trouvée signalée que par Meck.

Signes physiques

Lorsque la malade vient à nous et que son entourage ou elle-même nous a raconté l'histoire de l'affection, deux alternatives se présentent, importantes au point de vue clinique : l'existence ou non d'une hématocèle; nous ne connaissons pas de cas où l'hémorragie vaginale ait été si considérable qu'elle ait dominé le tableau clinique. L'étude des signes des rétentions vraies, sans hématocèle, nous intéresse davantage, car ces signes physiques sont plus spéciaux. Le diagnostic va se baser sur l'étude de l'état général et surtout sur l'examen attentif des organes génitaux.

Pratiquement, la femme nous arrive soit dans l'intervalle des crises douloureuses et des grandes hémorragies, soit au moment même de ces accidents qui ont inquiété l'entourage ou décidé le transfert immédiat. Son aspect extérieur est tout naturellement différent suivant les deux cas. Toutefois, il est rare que le facies et l'état général ne soient pas altérés, soit en raison des douleurs fréquentes, soit en raison des pertes, soit par suite des troubles digestifs persistants. Quand il n'y a pas de symptômes bruyants, la femme arrive quelquefois simplement inquiète des modifications de ses règles ou des pertes anormales qu'elle a constatées; elle accuse des malaises, des douleurs, mais quelquefois n'a pas changé sa vie ordinaire; c'est le cas de Bouilly. Ou bien, elle raconte les crises douloureuses ou les pertes; dans leur intervalle, elle a pu se lever, vaquer

même plus ou moins bien à ses occupations journalières; mais elle souffre toujours d'une manière sourde et continue, ses forces diminuent : ce sont les cas de Doléris, de Savariaud et deux de nos cas personnels. Ou bien enfin l'état général est profondément altéré en raison de la répétition des symptômes; la femme se sent faible, elle est pâle, elle se plaint de ne plus pouvoir travailler, elle défaille au moindre effort. Elle se décide à venir consulter parce qu'aucun progrès ne survient dans son état. Dans un de nos cas, dans celui de Doléris, la femme était venue une première fois et n'avait pas accepté l'intervention proposée. La persistance de l'altération de l'état général ou le retour d'une crise douloureuse l'ont décidée à revenir; dans un de nos cas, la malade n'avait pas eu de nouvelle crise, mais elle s'affaiblissait de jour en jour. Cette fatigue générale, cette faiblesse persistante à la suite d'une crise pourtant terminée peuvent être, jointes à d'autres symptômes et notamment au retard des règles qu'il faut rechercher minutieusement, un indice important de rétention tubaire.

L'altération de l'état général est frappante et contraste avec l'importance en général réduite de la lésion. La malade ressemble à une infectée; à voir son teint jaune, la décoloration de ses muqueuses, son essoufflement, sa faiblesse au moindre effort, son inappétence absolue, on la croirait atteinte dans ses œuvres vives.

Si la femme vient d'avoir une crise douloureuse ou une hémorragie, soit abdominale, soit plus rarement utérine, nous pouvons la trouver, comme il a été dit plus haut, en parfait état de shock : perte de connaissance, facies pâle, pouls filiforme et rapide, respiration accélérée, tous signes

qui dénotent le plus souvent une grave hémorragie intra-péritonéale. Nous avons dit déjà que cet état peut être déterminé par d'autres causes; nous n'y revenons pas. Disons seulement encore que dans certains cas de ce genre, le chirurgien avait fait le diagnostic d'hémorragie interne, et ne fut pas peu étonné, à l'ouverture du ventre, de ne trouver aucun épanchement dans le péritoine. Il faut connaître ces cas et bien vérifier par le toucher un diagnostic trop hâtif d'hématocèle, car l'intervention absolument immédiate n'est pas nécessaire et on a le temps auparavant de relever l'état général de la malade.

Dans la majorité des cas, l'état de shock n'est pas aussi prononcé, quand il n'y a pas hémorragie. La femme souffre vivement, elle a le facies angoissé, sa respiration est un peu plus fréquente, son pouls un peu plus rapide. Cet état, quoique grave, s'améliore en général rapidement et le médecin appelé attend la fin de la crise pour affirmer son diagnostic et poser ses indications opératoires.

Cet examen général étant fait, il faut passer à l'étude des organes abdominaux. Elle se résume dans la palpation, le toucher et le palper bimanuel.

L'inspection et la percussion ne donnent aucun renseignement spécial, sauf dans le cas de réaction abdominale vive ou d'hémorragie interne, où elle fournit les signes ordinaires en pareil cas : défense de la paroi, tympanisme, matité à la partie inférieure, etc.

Palpation

Dans l'intervalle des accès aigus. — Elle occasionne tout d'abord, dans presque tous les cas de rétention, une défense de la paroi. Cela s'explique aisément, puisque

toute rétention est accompagnée de douleurs. La palpation profonde détermine également une douleur souvent exquise dans la région tubaire. Ce signe, dira-t-on, appartient aux salpingites et autres affections annexielles; c'est vrai, mais il n'en a pas moins une grande valeur quand on connaît l'histoire de la malade, qu'on soupçonne déjà l'existence d'une grossesse, et que l'évolution de l'affection est apyrétique. La douleur déterminée siège nettement à droite ou à gauche de l'utérus, dans la partie basse du ventre; en la provoquant, on détermine en même temps une irradiation dans le pli de l'aine. Il est assez délicat, dans les rétentions tubaires jeunes, de percevoir la tumeur. Brindeau et Doléris signalent seuls le fait. « Une tumeur, dit Doléris, était nettement perçue dans la région hypogastrique. » Parle-t-il vraiment de la trompe, ou de la tumeur constituée par l'utérus toujours hypertrophié, ou encore de la masse que forme l'accolement des deux. Les termes employés ne permettent pas de le savoir. Brindeau écrit : « Au palper, on reconnut deux tumeurs abdominales : l'une formée par l'utérus un peu gros, l'autre par une masse latérale grosse comme le poing, accolée à la paroi, et qui parut une trompe gravide. » Nous croyons qu'il est extrêmement difficile de percevoir une tumeur relativement si petite et aussi bas située, d'autant plus que la trompe tombe généralement par suite de son poids dans le cul-de-sac latéral ou même dans le Douglas.

Dans les cas de crises douloureuses ou d'hémorragie, les symptômes sont ceux que donne la réaction abdominale.

La palpation peut-elle faire percevoir l'utérus ? Nous savons que dans la grossesse extra-utérine l'utérus subit

une congestion relative aboutissant à la formation d'une caduque. Cependant, l'augmentation du volume de l'organe n'est appréciable qu'au toucher vaginal; elle est rarement assez grande pour être perçue au palper; aucun auteur ne le mentionne.

En revanche, en cas de crises expulsives, il est possible de sentir l'utérus se contracter sous la paroi; la malade de Bouilly sentait elle-même, à chacune des violentes douleurs qu'elle ressentait, une « bosse » se former à la partie médiane du bas-ventre. Cette « bosse », appréciable à la main, perdait ensuite de sa dureté et de son volume lorsque la douleur s'atténuait. Ce symptôme n'a été signalé qu'une fois à notre connaissance. Il mériterait d'être recherché plus souvent.

Toucher vaginal

Pratiqué soigneusement, il donne des indications capitales pour le diagnostic. Dans les cas de rétention totale, on sent par le cul-de-sac latéral, vaginal, empiétant souvent un peu dans le pelvis postérieur, une masse arrondie, dure, bien délimitée, douloureuse. En partant du fond de l'utérus hypertrophié et en suivant la corne utérine, on perçoit à la partie supérieure du ligament large une masse douloureuse que le palper bimanuel délimite dans ses rapports. Ces attributs peuvent être susceptibles de variations. Nous relevons dans nos cas les caractères suivants :

Observation III (personnelle). — Masse arrondie de la grosseur d'une petite orange, régulière, dure, douloureuse, difficilement mobilisable.

Observations de Vautrin. — 1° Cul-de-sac de Douglas légèrement empâté à son point déclive, comme si une collection hématique y persistait encore quelque peu. Cul-de-sac latéral gauche libre; à droite, faisant suite à la corne utérine, tuméfaction notable, douloureuse, fixe. s'étendant jusqu'au détroit supérieur. C'est une masse fixe que le toucher bimanuel délimite aisément;

2° Corps utérin volumineux, flanqué à gauche d'une tuméfaction siégeant vers la corne utérine, immobilisant l'utérus;

3° Douleurs au palper et au toucher à la trompe droite, qui paraît volumineuse dans sa portion moyenne;

4° La trompe est d'une sensibilité exquise, noyée dans une tuméfaction pâteuse qui remonte assez haut dans le pelvis.

Observation de Doléris. — A gauche et très en haut, on a la sensation d'une sorte d'empâtement.

Observation de Bouilly. — Cul-de-sac droit occupé par tumeur grosse comme une noix, douloureuse, bosselée, dure.

Observation de Savariaud. — Tumeur qui fait corps avec l'utérus à droite.

Observations de Baculescu. — Cul-de-sac postérieur un peu empâté, masse à gauche;

— Masse mollase dans le cul-de-sac droit.

— Masse dans le cul-de-sac postérieur gauche;

— Tumeur de la grosseur d'une mandarine dans le cul-de-sac gauche, mobile avec l'utérus.

En résumé, tuméfaction dans un cul-de-sac latéral, peu nette quand elle est bas située, généralement arrondie, rarement bosselée, presque toujours difficilement mobilisable et douloureuse, attenant à la corne utérine.

Dans les cas de rétentions avec hématocèle, la tuméfaction perçue par le toucher se différencie peu de celle de l'hématocèle par rupture de grossesse extra-utérine. Ce sont, à notre avis, les cas de rétention les plus difficilement diagnosticables; de même, il semble impossible de différencier la trompe d'une hématocèle qui l'entoure. Les difficultés augmentent encore lorsque l'utérus est en déviation postérieure. Le *palper bimanuel* permet mieux encore de délimiter la tumeur. Quant au *toucher rectal*, il donne aussi d'excellents renseignements. Il ne faut pas en négliger l'emploi, surtout lorsque l'utérus est dévié.

3° FORMES CLINIQUES

Rétentions sans rupture

La rétention ovulaire totale ou partielle sans hémorragie est un fait absolument exceptionnel. Il est très possible qu'elle soit méconnue, pour deux raisons. La première est qu'après un certain temps de rétention, l'œuf peut passer à l'orifice utérin et peut être expulsé au dehors sans que le diagnostic de grossesse ou de rétention tubaire ait été fait. Ce sont ces cas généralement très jeunes qui revêtent la forme de la fausse couche banale. La seconde est que l'œuf peut être résorbé par les parois tubaires; ce n'est qu'une hypothèse que seul un heureux hasard, mettant sous les yeux le processus de résorption, pourrait vérifier. Nous n'avons trouvé dans la littérature médicale que deux observations comme exemples de cette variété, encore l'auteur n'en a-t-il donné que de brefs résumés. Mais il mentionne nettement que la trompe ne contenait dans un cas qu'une masse placentaire, et, dans l'autre, un fœtus mort. Nous réunissons ces deux cas de rétention, bien que l'une soit totale et l'autre partielle, mais la symptomatologie est la même.

OBSERVATION I
(Baculescu)

Rétention ovulaire totale sans hémorragie
(GROSSESSE INTERSTITIELLE D'UN MOIS)

S. L..., 30 ans, bien réglée, pertes blanches assez fréquentes, enfant à 24 ans. Vers la fin de juillet, douleurs de ventre, nausées, coïncidant avec un retard des règles de quinze jours.

La malade consulte un médecin qui conclut à une grossesse probable. Vers les premiers jours d'août, pertes de sang abondantes, douleurs violentes dans le ventre. L'appétit diminue et la malade éprouve un grand dégoût pour les aliments.

Examen : Tumeur qui fait corps avec l'utérus à droite.

23 août. Laparotomie : utérus très volumineux et pris pour un utérus fibromateux.

Hystérectomie. — La pièce montre une grossesse d'un mois ; fœtus mort, greffé tout près de l'orifice utérin de la trompe droite. Guérison.

OBSERVATION II

(Baculescu)

Rétention placentaire sans hémorragie

(grossesse pavillonnaire)

M. E...., 28 ans. Toujours bien réglée. Il y a six semaines, au moment des règles, douleurs dans le bas-ventre et dans le pli de l'aine gauche, survenues par crises d'une demi-heure. Les règles se sont prolongées par des pertes sanguines qui, depuis une quinzaine de jours, ont augmenté comme quantité. Constipation. Toucher : petite masse mollasse mobile dans le cul-de-sac gauche et postérieur.

10 Février. — Laparotomie : annexe gauche prolabée dans le cul-de-sac postérieur et adhérente. Masse placentaire adhérente au pavillon, grosseur d'un petit œuf de poule entouré d'adhérence.

Hystérectomie. Guérison.

* * *

La rétention totale avec hémorragie à l'intérieur de l'œuf est également une forme exceptionnelle dont nous ne connaissons aucun exemple. Gauthier seul la cite dans sa thèse.

***

La rétention totale avec hématosalpinx est une des formes les plus fréquentes. Nous la trouvons bien décrite douze fois dans notre total d'observations. Ces cas étaient étiquetés autrefois hématosalpinx. Leur symptomatologie est la plus typique et leur diagnostic en général plus simple que dans les autres variétés. Le tableau clinique se résume ainsi :

Retard des règles de deux à six semaines.

Dans la grande majorité des cas, pertes sanguines, quelquefois abondantes, le plus souvent de couleur brun-rouillé.

Dans le cas de pertes rouges banales, la première crise peut être soit l'indice de la mort de l'œuf, soit simplement d'un décollement partiel, cette dernière modalité étant, à notre avis, plus rare. Si une dernière perte ne traduit pas l'avortement, l'évolution se fait ainsi : l'œuf continue à croître, puis survient un nouveau décollement qui provoque une nouvelle hémorragie. Ces pertes, accompagnées de douleurs, se répètent presque toujours et chaque crise est en général plus violente. La deuxième ou tout au plus la troisième sont alors à coup sûr l'indice de l'avortement. Il en est de même de l'expulsion de la caduque, qui est un signe de grande probabilité de la mort de l'œuf.

Le suintement brunâtre est beaucoup plus caractéristique de la rétention. Nous avons montré qu'il est d'origine tubaire. Il indique que le sang a séjourné dans la trompe; de plus, qu'après décollement du placenta, les sinus veineux laissent écouler pour ainsi dire en bavant

leur contenu ; or, on ne saurait envisager que l'œuf continue à vivre alors qu'au niveau de ses insertions se fait un suintement persistant. Ce signe est pathognomonique de la rétention. Associé à un retard dans les périodes menstruelles, à l'existence d'une tumeur annexielle non accompagnée de température, douloureuse au toucher, s'accompagnant ou non de crises douloureuses, il permet de poser avec certitude le diagnostic de rétention.

Crises douloureuses violentes avec douleurs sourdes dans l'intervalle. Elles traduisent presque toujours la contraction de la trompe autour de l'œuf mort. Comme pour les hémorragies, nous croyons qu'il est rare que l'œuf continue à croître après une première crise. Chaque crise douloureuse s'accompagne souvent d'un état de shock marqué, de vomissements, de ballonnement abdominal, presque toujours d'une grave altération de l'état général. La femme a dû s'aliter au moment de la crise ; elle ne s'est pas relevée dans la suite, se sentant faible. Nous ne trouvons qu'un cas, celui de Teissier, dans lequel la femme, après avoir éprouvé une vive douleur accompagnée de vomissements et de diarrhée,a pu les jours suivants se lever et même reprendre son travail.

Quant aux renseignements que donne le volume de l'utérus, ils pourraient plutôt égarer le diagnostic en faisant croire à une grossesse utérine. La perception de la tumeur fournira de meilleures indications : par le toucher et le palper bimanuel, on trouve une tumeur généralement régulière, de la grosseur d'une orange environ, souvent un peu prolabée dans le cul-de-sac postérieur, un peu mobilisable, légèrement douloureuse. Cette tumeur, qui ne s'accroît pas, quand l'évolution est apyrétique chez une femme qui

n'a pas présenté d'accidents infectieux et qui a, au contraire, un ou plusieurs des symptômes déjà mentionnés, est alors pathognomonique de la rétention jeune.

OBSERVATION III
(PERSONNELLE)

Rétention tubaire totale

Mme X..., 34 ans.

8 Septembre 1915. — Entre à l'hôpital avec le diagnostic de grossesse extra-utérine rompue. Son histoire clinique est la suivante :

Réglée à 14 ans. Règles régulières, très abondantes. Mariée à 18 ans. Depuis l'âge de 25 ans, prolapsus léger dont on ne peut déterminer la cause, corrigé par un pessaire. Vers la même époque, pertes jaunes verdâtres calmées par le repos et de grandes injections de permanganate de potasse. Albuminurie consécutive pendant cinq ans.

A 30 ans, fausse couche de trois mois. Dans la suite, la femme reste au lit pendant cinq mois pour métrite et subinvolution consécutives. Les règles reviennent aussitôt après l'avortement.

Trois semaines après les dernières règles, qui avaient été insignifiantes, la femme est prise brusquement dans la nuit d'une douleur vive dans le bas-ventre ; cette douleur est analogue à une colique très douloureuse ; elle est accompagnée de vomissements. Elle s'atténue rapidement, mais persiste. Ces symptômes s'amendent vite, mais la malade ressent une douleur sourde dans le bas-ventre, pendant les trois semaines suivantes, avec constipation opiniâtre et, de temps à autre, vomissements non alimentaires, peu abondants ; il y a des alternatives fréquentes de bien-être ; cependant, la malade s'affaiblit, son état général est défectueux; cinq semaines après l'accident initial, petite perte, quelques gouttes de sang rouge très foncé ; quatre jours après, même écoulement. Les douleurs diminuent, mais en raison de l'état général précaire, la femme se décide à entrer à l'hôpital.

A son arrivée, elle est pâle et affaiblie ; son pouls est à 90, la température normale, les traits un peu tirés.

La palpation du bas-ventre est douloureuse, surtout à droite, mais ne révèle rien d'anormal.

Au toucher, on détermine une douleur dans le cul-de-sac latéral droit et postérieur ; on sent en même temps une masse arrondie de la grosseur d'une petite orange environ, régulière, dure, douloureuse, occupant le cul-de-sac latéral droit et une partie du Douglas. Cette masse n'est pas mobilisable et on ne la sent que difficilement au palper par la main abdominale. On pose le diagnostic de grossesse tubaire droite avec hématocèle pelvienne. La malade est soumise au repos absolu, glace sur le ventre et injections vaginales. Son état reste à peu près stationnaire dans les semaines qui suivent ; cependant, un mois après son entrée à l'hôpital, nouvelle douleur brusque pendant dix minutes ; cette douleur est très vive, comme la première, et siège dans le bas-ventre, à droite ; la douleur cesse pendant dix autres minutes, puis reprend, puis cesse de nouveau. En présence de ces symptômes et de la non régression de la tumeur, on se demande s'il ne s'agit pas d'une rétention ovulaire dans la trompe plutôt que d'une hématocèle. Les douleurs successives sont-elles dues à des contractions salpingiennes autour d'un œuf mort, ou bien à des poussées successives de sang s'échappant par l'orifice tubaire, constituant et entretenant l'hématocèle ? Le diagnostic reste incertain ; quoi qu'il en soit, comme la tumeur ne régresse pas depuis sept semaines que la malade est en observation, M. le professeur Vautrin décide la laparotomie exploratrice.

26 Octobre. — Intervention sous chloroforme. Incision médiane verticale. La malade mise en position inclinée, on découvre les organes génitaux ; l'utérus est en position normale ; les annexes gauches sont saines ; à droite, on ne distingue pas tout d'abord les annexes. Le cul-de-sac latéral droit et le Douglas sont remplis par une tumeur arrondie, régulière, de la grosseur d'une orange, un peu allongée, résistante au toucher. Cette tumeur n'est autre que la trompe droite distendue ; on la dégage assez facilement du petit bassin dans lequel elle s'est enclavée, mais sans avoir constaté d'adhérences.

La trompe contient un peu de sang et un œuf renfermant un embryon de deux centimètres environ.

Elle est enlevée par une pince sur le pédicule ligamentaire. On ne trouve pas de sang dans le Douglas. Ligature. Drainage.

Suites opératoires faciles et simples.

26 Novembre. — La malade quitte l'hôpital en bonne santé. Un mois après, réapparition des règles. Nous avons revu la malade deux ans après : elle était en parfaite santé et ses règles étaient toujours parfaitement régulières.

OBSERVATION IV

(Professeur VAUTRIN)

Rétention tubaire totale

Mme J..., 32 ans, de Cours-la-Grandville, entrée le 19 septembre 1903 à ma clinique.

Femme mariée, mère de trois enfants dont le dernier a 5 ans. Bien réglée habituellement. Passé génital excellent. Santé générale bonne.

Après une suspension de règles de deux mois, cette femme est prise, à la fin de juin 1903, de pertes abondantes, accompagnées d'une vive douleur abdominale ayant nécessité le séjour au lit et les soins du médecin de la famille. Glace sur le ventre, vomissements et constipation pendant cinq jours.

Peu à peu le calme renaît et la malade peut se lever vers le 20 juillet, mais elle conserve de l'inappétence, une anémie profonde et de la constipation. Elle perd chaque jour un peu de sang noir et ne voit pas revenir ses règles.

Juillet et août se passent dans ces conditions, sans que la moindre amélioration survienne. A la moindre fatigue ou station debout prolongée, des douleurs apparaissent dans le côte droit et les pertes vaginales augmentent. La constipation est opiniâtre et les mictions sont fréquentes.

Le 19 septembre, la malade est admise à la clinique.

EXAMEN : Femme anémiée, pâle, de teint un peu jaune. Il y a eu des lipothymies pendant le voyage et un vomissement. Cependant, pas de réaction fébrile. Le ventre est légèrement météorisé. La palpation détermine au-dessus du pubis et dans la fosse iliaque droite une légère douleur. Le fond utérin dépasse un peu le pubis. Au toucher : col ouvert et éversé, dans lequel pénètre l'index. Sensation de mollesse de ce col et du corps utérin qui est hypertrophié et remonte jusqu'au-dessus du pubis. Légère latéroposition gauche de l'organe qui est un peu douloureux au toucher et peu mobile.

Cul-de-sac de Douglas légèrement empâté à son point déclive, comme si une collection hématique y persistait encore quelque peu. Cul-de-sac latéral gauche libre. A droite, faisant suite à la corne utérine, tuméfaction notable, douloureuse, fixe, s'étendant jusqu'au détroit supérieur. C'est une masse fixe, que le toucher bimanuel délimite aisément.

La vessie se vide bien. Urines normales.

Selles difficiles avec quelques mucosités indiquant l'existence d'une entérite chronique.

Les jours suivants, on ne constate aucune fièvre. Le pouls est à 100. Cœur et poumons normaux.

Diagnostic : grossesse tubaire interrompue en juin. Hématocèle probable, suivie de résorption à peu près complète. Rétention tubaire de l'œuf.

Laparotomie le 24 septembre.

Incision médiane sus-pubienne. Après avoir détaché des adhérences épiploïques cæcales, l'appendice est enlevé et une tumeur développée sur la trompe droite est délimitée ; elle est séparée aisément de l'ovaire et des parois du bassin. Elle se pédiculise sur l'aileron ligamentaire de la trompe. Section et ligature de cet aileron. Péritonisation du moignon. Les annexes gauches sont saines.

Fermeture du ventre avec drainage du Douglas par un tube de caoutchouc, qui sera enlevé après trente-six heures.

Suites simples et normales. Cessation des pertes les jours suivants et réapparition des règles 15 jours après l'opération.

La tumeur de la trompe située au tiers moyen de l'organe était constituée par les parois de cet organe sclérosées, renfermant une masse globuleuse de caillots noirs, où on pouvait reconnaître au milieu des mailles de fibrine des cellules déciduales. Aucune trace de suppuration, mais une tendance à une résorption progressive.

OBSERVATION V

(Doléris. — *Gynécologie*, Juin 1900)

Rétention totale

Voici un cas qui a évolué en un court espace de temps, et dans lequel l'examen anatomique a fourni des détails qui cadrent assez bien avec ce qui précède. Il diffère des

précédents en ce que la rétention a donné lieu à une série de phénomènes morbides presque ininterrompus, au lieu de présenter l'évolution cyclique des autres observations.

Mathilde L..., 29 ans.

Père mort avec du délire alcoolique. Mère cardiaque.

Réglée à quatorze ans ; menstruations très irrégulières ; périodes d'aménorrhée. Une fausse couche de six semaines il y a deux ans. Neurasthénie déjà ancienne. Crises hystériques il y a deux mois.

Maladie actuelle : le 18 mai et le 2 juin suivant, menstruation presque nulle, douloureuse. Le 11 juillet, pertes sanguines abondantes, avec un retard de huit jours ; douleurs vives dans le côté gauche de l'abdomen, expulsion de lambeaux membraneux. Le 18 juillet, douleur subite, très intense, frissons violents, adynamie.

Examen : 20 juillet. Utérus volumineux, légèrement rétrodévié. Tumeur douloureuse rénitente dans le cul-de-sac postérieur à gauche, empâtement diffus dans la zone pelvi-abdominale correspondante ; léger météorisme, pâleur de la face, faiblesse, état nauséeux. Seins peu modifiés ; quelques gouttes de colostrum.

Opération, 25 juillet. Large incision du cul-de-sac postérieur. Il s'écoule un sang noir mélangé de caillots solides. Les annexes du côté droit sont attirées et examinées ; elles paraissent saines et sont conservées ; à gauche, adhérences solides, résistantes. Les annexes sont dégagées et l'on ramène une trompe volumineuse en sablier et un ovaire bosselé, de petites dimensions. Ligature et section au thermo-cautère, la paroi vaginale, incisée, saigne abondamment, du sang rutilant vient par flots intermittents du fond du bassin et inonde le vagin. Quelques points de section faisant office de ligature et quelques pinces de Kocher placées profondément, un peu à tâtons, étreignent les vaisseaux et arrêtent l'hémorragie. Nettoyage de la poche, ablation de vieux caillots. Tamponnement pelvi-vaginal. Glace sur l'abdomen. Ablation des pinces le deuxième jour. Apyrexie. Suites normales.

Examen macroscopique des organes enlevés. Ovaire petit, très allongé, polykystique, à parenchyme scléreux.

La trompe, incisée, contient deux caillots, un du volume d'un œuf dans sa portion moyenne, un du volume d'une noix

dans sa portion externe. Entre les deux, une portion rétrécie de deux centimètres de longueur. Le pavillon est largement ouvert et libre, les franges tuméfiées et bien divisées. Au niveau de la tumeur principale, la paroi tubaire est très épaissie, vasculaire et fissurée sur une longueur de deux à trois centimètres. La coupe du caillot montre des travées fibrillaires, vestiges des villosités choriales, et une cavité centrale pouvant loger une dragée et tapissée par une fine membrane, séparable, lisse. Un tractus s'en détache en un point et figure des vestiges du cordon. Les parois du coagulum sont stratifiées et de coloration variant du noirâtre brun au pourpre vif; elles sont striées de bandes parallèles de fibrine blanc jaunâtre. C'est bien là le placenta apoplectique des grossesses tubaires abortives. La coupe de la tumeur est celle d'un caillot, partie fibrineux, partie cruorique, sans cavité centrale, bien limitée à ses deux extrémités et ne se prolongeant pas vers le pavillon

La partie intermédiaire est perméable et vide. Suites éloignées. Le 16 novembre, l'examen permet de reconnaître un utérus petit (H. 6 c. 1/2) et mobile, bien situé. Le bassin est libre ; la menstruation est indolore et régulière, l'état général est bon.

OBSERVATION VI

(Baculescu)

Rétention tubaire totale avec hématosalpinx

(grossesse de deux mois)

M. C..., 27 ans, entrée le 20 octobre parce qu'elle a éprouvé une douleur brusque et violente à onze heures du soir, quand elle voulait se coucher ; elle n'avait pas ses règles depuis deux mois.

Examen : la malade est apathique, somnolente, le ventre est ballonné. Douleur dans la fosse iliaque gauche à la palpation. Toucher : cul-de-sac postérieur un peu empâté, masse à gauche.

20 octobre, laparotomie ; hématosalpinx gros comme deux poings ; à gauche, adhérences épiploïques et intestinales. Ablation de la trompe gauche. Guérison.

OBSERVATION VII

(Baculescu)

Rétention ovulaire totale

(GROSSESSE AMPULLAIRE DE CINQ SEMAINES)

L. M..., 32 ans, entrée le 15 février pour douleurs dans le bas-ventre. Elle souffrait depuis un mois, mais depuis trois semaines elle souffre beaucoup plus. A cette date, elle avait un retard de dix jours, elle ressentit une violente douleur et vomit.

Par le toucher, on sent une masse dans le cul-de-sac postérieur gauche.

25 février, laparotomie : hématosalpinx dans l'ampoule de la trompe gauche, hystérectomie, guérison.

OBSERVATION VIII

(Baculescu)

Rétention ovulaire totale

(GROSSESSE AMPULLAIRE DE QUATRE A CINQ SEMAINES)

D. J... Entrée le 30 octobre ; la malade n'est pas réglée depuis un mois et demi. Il y a deux semaines, douleurs brusques et violentes dans le bas-ventre. Depuis, elle souffre un peu plus du côté droit. Toucher : masse mollasse dans le cul-de-sac droit. 15 novembre, laparotomie ; hématosalpinx dans l'ampoule de la trompe droite, salpingite gauche, hystérectomie, morte à cause d'une pneumonie.

OBSERVATION IX

(Docteur Jacobs. — *Pièce anatomique*, 1912-13., p. 179)

Grossesse extra-utérine avortée

Messieurs, je vous présente un cas de grossesse extra-utérine ampullaire droite, opérée chez une femme de 32 ans. Cette grossesse n'a rien de spécial, je l'ai opérée avant la rupture,

avant l'inondation. Je ne vous aurais pas présenté cette pièce si elle n'avait ce caractère remarquable que la femme avait été opérée le 13 janvier de la même année pour la même lésion ; mon opération date du 30 août.

C'est une grossesse tubaire avortée ; il y avait eu retard des règles et depuis des pertes sanguinolentes vaginales. Il y avait défécation douloureuse, le toucher du Douglas était douloureux, présence de colostrum dans les seins, utérus augmenté de volume, tumeur annexielle sensible.

***

Les rétentions avec hémorragie par l'ostium uterinum ne constituent pas à proprement parler une forme clinique des rétentions tubaires. Nous avons vu en effet que dans les trois quarts des cas environ, toute rétention s'accompagne de pertes vaginales. Cependant, lorsque la perte est très abondante au point de devenir inquiétante, elle constitue un tableau clinique spécial. De plus, elle peut donner lieu à des symptômes qui déroutent le diagnostic. Dans l'observation qui suit, le sang était resté accumulé dans l'utérus, et sa présence fit croire à une grossesse banale.

OBSERVATION X

(Brindeau. — *Société d'obstétrique de Paris*, Décembre 1908)

Rétention tubaire de six semaines

(ABONDANTES MÉTRORRAGIES)

Dans les premières semaines de la grossesse extra-utérine, l'hémorragie se produit au moment où la caduque est

expulsée, et peut être considérable, ainsi que le démontre le fait suivant :

Une femme de 26 ans, bien portante, ayant accouché normalement, il y a quatre ans, présenta à plusieurs reprises des douleurs abdominales avec syncope et vomissements, puis perte d'une petite quantité de sang noirâtre.

Au palper, on reconnut deux tumeurs abdominales ; l'une formée par l'utérus un peu gros, l'autre par une masse latérale grosse comme le poing, accolée à la paroi, et qui parut une trompe gravide.

La laparotomie montra cet œuf très près du pavillon de la trompe et un utérus gros comme une tête de fœtus et paraissant contenir un deuxième œuf.

Dans la nuit du deuxième jour après l'opération, la malade fut agitée, présenta des tendances syncopales avec pouls très fréquent et enfin une perte très abondante par le vagin. La masse intra-utérine, formée uniquement par du sang, avait été expulsée. Les suites opératoires furent ensuite normales.

*
* *

Les rétentions ovulaires avec hématocèle sont les plus nombreuses. Cliniquement, que la rétention soit totale ou partielle, le tableau est le même. Nous envisagerons donc dans les rétentions embryonnaires à la fois la rétention totale ovulaire, la rétention totale placentaire, et celle de débris placentaires, avec hématocèle.

Les signes du début sont :

Le retard des règles;

L'hémorragie vaginale presque constante.

La douleur peut se présenter sous la forme de poussées successives. Reymond pense que ces poussées correspondent à la présentation de l'œuf à l'orifice du pavillon qui se dilate. Une douleur plus violente qui traduit

l'expulsion de l'œuf termine un jour cette évolution, ou bien brusquement la douleur apparaît angoissante et brutale. Cependant, ce mode est beaucoup plus rare que le premier; Reymond ne l'a trouvé qu'une fois sur huit; nous le trouvons en moyenne quatre fois sur vingt. En général, la répétition des douleurs est pathognomonique. Les douleurs peuvent être dues à une ondée sanguine expulsée du pavillon et tombant dans le pelvis, l'intensité de la douleur se mesurant à l'importance de cette onde hématique.

Ces douleurs s'accompagnent de malaises et même de symptômes graves. Dans le cas de poussées successives, ce sont des vomissements, un peu de ballonnement, un état de faiblesse permanent. Dans l'intervalle, la douleur est sourde, quelquefois même la malade peut reprendre son travail.

Dans le cas d'une hémorragie cataclysmique, le diagnostic est presque impossible avec la rupture; elle constitue du reste une exception.

L'hématocèle se constitue, dans la grande majorité des cas, par suintement continu ou hémorragie successive par l'ostium abdominale. Iselin insiste sur ce suintement qui se fait sans force, pour ainsi dire en bavant. Le fait est indiscutable, puisqu'il a été constaté à la laparotomie par Iselin, Charrier, Savariaud, Tessier. Quand on constate par le toucher vaginal la présence d'une hématocèle qu'aucun signe clinique bruyant n'avait fait prévoir, le diagnostic d'avortement tubaire avec rétention n'est pas douteux, car dans le cas de rupture, même minime, ou d'hématocèle constituée par un autre processus, il y a toujours une douleur vive à l'origine et l'épanchement n'a jamais cette allure

insidieuse. Si, au contraire, il y a eu des crises douloureuses vives, la violence de ces douleurs n'atteint généralement pas celle de la rupture; il y a rarement un état syncopal, l'hématocèle est moins abondante. Peut-on apprécier par le toucher l'augmentation de l'hématocèle dans le cas d'apports successifs de sang ? C'est possible, mais assez délicat. Peut-on distinguer la douleur tubaire de l'hématocèle ? La trompe gravide ou en rétention surplombe l'hématocèle, grâce à l'hypertrophie de l'utérus qui maintient la tuméfaction élevée. Il est donc possible, le plus souvent et surtout si la collection hématique pelvienne n'est pas trop considérable, de reconnaître la lésion. Cependant, la douleur dans le cul-de-sac indique la présence de la trompe gravide. Reymond, dans un cas d'inondation péritonéale, a pu percevoir par le toucher la trompe gravide.

OBSERVATION XI

(Personnelle)

Grossesse tubaire. Hématocèle pelvienne. Rétention ovulaire.

Mme F..., 30 ans.

1er février. — La femme entre à l'hôpital en état de shock. Elle nous dit que son affection a débuté huit jours auparavant. Toujours exactement réglée, elle a eu deux enfants. Les dernières règles remontent au début de décembre ; pas de règles en janvier. Brusquement, il y a huit jours, la malade a éprouvé de vives douleurs dans le côté droit du ventre. Ces douleurs violentes ont été de courte durée. Elles se sont vite atténuées sans toutefois disparaître complètement. En même temps, la femme se sent faible et ne peut se lever. A son arrivée, elle est pâle, les traits tirés, le facies un peu angoissé. La température atteint 38°. Le pouls, petit, est à 100.

Au toucher, on trouve dans le Douglas et dans le cul-de-sac latéral droit une masse assez volumineuse, dure, résistante, douloureuse ; on ne peut l'atteindre par la palpation abdominale, qui ne révèle qu'une contraction de défense contre la douleur. On fait le diagnostic de grossesse tubaire rompue avec hématocèle pelvienne. La malade est mise en observation, on prescrit le repos, la glace sur le ventre, les douches vaginales.

2 février. — Le lendemain, le pouls est un peu plus rapide — 110 — et un peu plus faible. La malade ne souffre pas davantage, mais elle a tendance aux lipothymies. Elle semble de plus en plus en état de shock.

Glace, sérum artificiel, caféine. Le soir, nouvelle douleur brusque dans le côté droit. En même temps, le pouls devient rapide et arythmique. M. le professeur Vautrin décide l'intervention, qui est faite immédiatement sous chloroforme.

On trouve dans le Douglas quelques caillots sanguins, les uns assez anciens, les autres plus récents ; dans cette petite masse de sang se trouve englobée la trompe droite distendue par du sang, avec son pavillon entr'ouvert par lequel suinte encore un peu de sang. Le tout atteint le volume d'une grosse orange. Les caillots sont enlevés, la trompe ligaturée et sectionnée au niveau du pédicule. Le Douglas est soigneusement nettoyé. On referme le ventre et l'on relève l'état général par des injections de sérum artificiel, d'huile camphrée, etc.

3 février. — Le pouls continue à faiblir et à devenir plus rapide. La malade ne se relève pas de son état de shock et meurt à dix heures du matin.

La trompe examinée n'est pas rompue, elle est remplie de sang, le plus central de couleur plus noirâtre. On trouve au centre des débris de membrane ovulaire aisément reconnaissable.

OBSERVATION XII

(Professeur Vautrin)

Rétention tubaire. Hématocèle

M^me^ C..., 43 ans, de Nancy, mère de deux enfants dont le dernier a 14 ans, est adressée à la clinique par le docteur Zilgien, le 8 juillet 1909, pour des pertes utérines anormales.

Femme anémiée, amaigrie, d'une santé générale satisfaisante, sans passé morbide autre qu'une fièvre typhoïde dans le jeune âge, et que deux avortements successifs, au troisième mois environ, dans les années 1897 et 1898.

Règles assez régulières depuis deux ans, avec périodes d'aménorrhée. La malade ne se souvient pas si les règles de janvier et février 1909 ont été périodiquement régulières.

Fin mars, perte abondante avec brusque douleur dans le ventre, syncope, vomissements, etc. Le médecin appelé constate une hématocèle rétro-utérine, conseille le repos au lit, la glace sur le ventre, et maintient l'immobilité jusqu'au 20 avril suivant. Il autorise ensuite le lever, mais en raison d'une menace de phlébite, il immobilise de nouveau la malade au lit jusque vers le 25 mai. Durant tout ce temps, fièvre légère, inappétence, pertes sanguines peu abondantes mais constantes, malgré ergotine, injections chaudes, etc.

A la fin de mai, une légère amélioration survient, mais la malade souffre de douleurs dans le ventre, côté gauche, et ne peut garder la position debout.

A partir du 5 juin, les pertes de sang noir sont quotidiennes, peu abondantes, mais régulières. Les crises douloureuses du bas-ventre deviennent plus fréquentes. La malade garde le lit presque constamment, s'anémie, ne mange plus et prend un teint jaune.

Examen : Au moment de l'entrée de la malade à la clinique, je constate une température de 37° en moyenne, un pouls à 100 Le ventre est un peu météorisé, il y a de la constipation, de l'entérite chronique. Les fonctions digestives sont paresseuses et l'appétit presque nul.

Urines : 600 grammes dans les vingt-quatre heures, sans albumine.

Pertes de sang noir tachant les compresses (3 compresses par jour). La vessie se vide mal. Rétention de 25 grammes environ. Le cœur est normal. Pas d'œdème des jambes. Thorax normal.

Au palper abdominal, douleur dans la fosse iliaque gauche. Fond utérin accessible du pubis.

Toucher : col utérin éversé, entr'ouvert et mou. Orifice interne accessible au doigt. Corps utérin volumineux, flanqué à gauche d'une tuméfaction siégeant vers la corne utérine immobilisant l'utérus. Annexes droites saines et libres. Cul-de-sac de Douglas œdémateux mais indolent.

Diagnostic : grossesse tubaire interrompue. Ancienne héma-

tocèle, en partie résorbée. Rétention probable dans la trompe gauche.

Laparatomie le 16 juillet.

Trompe gauche distendue dans sa portion moyenne et ampullaire. Adhérences avec le côlon pelvien formant boucle autour de la tumeur. Pédiculisation de la trompe qui adhère à l'ovaire gauche. Ablation de la trompe et de l'ovaire. Annexes droites saines. En arrière de l'utérus et au fond du cul-de-sac rétro-utérin, caillots cruoriques anciens qui sont détachés et enlevés. Drainage par tube dans le pelvis. Enlèvement du drain le cinquième jour. Suites sans incident. Guérison. Les pertes sanguines cessent en quelques jours.

Le contenu de la trompe est composé d'une masse fibrineuse compacte, avec caillots sanguins, adhérente aux parois de la trompe, dans laquelle on ne reconnaît à l'œil aucune partie constituante de l'œuf. L'analyse microscopique n'a pas été notée.

OBSERVATION XIII

(Professeur Vautrin et Docteur J. Sterne)

Rétention tubaire. Hématocèle. Expulsion par les voies naturelles.

Jeune femme originaire de Paris, en visite chez sa mère, ayant présenté d'abord les signes d'une grossesse commençante ; suspension des règles pendant deux mois consécutifs, dégoûts, malaises vagues, vomissements, tuméfaction des seins.

Brusquement, au moment où elle projetait son retour à Paris et faisait ses malles, cette femme est prise d'une douleur brusque dans le bas-ventre, avec état syncopal, pouls petit et filant, ballonnement douloureux du ventre, vomissements. Ces douleurs et les signes péritonéaux s'amendent après trois jours, mais à partir de ce moment le ventre reste météorisé et sensible dans la région sus-pelvienne droite. Des pertes, d'abord assez abondantes après l'accident, s'atténuent, mais persistent, tantôt colorées en noir, tantôt en rouge. L'état général reste altéré. Inappétence, pâleur, état nerveux. Pollakyurie. Troubles digestifs variés. Amaigrissement et signes d'entérite. Après deux mois de séjour au lit, les pertes continuent ainsi que les douleurs intermittentes, malgré glace et séjour au lit. Le pro-

fesseur Vautrin est appelé auprès de la malade. A l'examen, ventre un peu météorisé, mais souple, sauf à droite, vers le détroit supérieur. Utérus gros, perceptible derrière le pubis, au contact de la vessie. Au toucher, col ouvert, amolli, isthme utérin gros et corps comprimant la vessie. Mobilité relative. Douglas incomplètement libre, dans lequel persiste encore un résidu d'hématocèle. Rien à gauche dans le cul-de-sac. On perçoit dans la trompe droite, séparée de la corne utérine par un court intervalle, une tuméfaction douloureuse, fixe. C'est bien en ce point que les douleurs existent habituellement. Diagnostic : grossesse tubaire interrompue depuis deux mois. Hématocèle à ce moment. Rétention tubaire droite. On interviendra si l'avortement ne se complète pas. Quelques jours après, les douleurs se font plus vives et plus fréquentes, et après quelques crises de fortes coliques salpingiennes, la malade expulse par voie utérine le contenu aseptique de la trompe que le docteur Sterne peut examiner à son aise. A partir de ce moment, les douleurs et les métrorragies cessent et la santé se rétablit en quelques jours.

OBSERVATION XIV

(Savariaud. — *Société anatomique de Paris*, Février 1906)

Rétention tubaire totale avec hématocèle

Mme X..., 32 ans. Nous est envoyée par le docteur Cordebart, d'Aubervilliers, le 25 février 1906, avec le diagnostic d'hématocèle avec grossesse extra-utérine. Cette malade nous raconte que la maladie a débuté brusquement par une crise douloureuse survenue à l'occasion de ses règles, vingt jours auparavant. Depuis, elle a eu deux autres crises et n'a cessé de perdre du sang par la vulve. Voici, d'ailleurs, son histoire détaillée :

Réglée à 18 ans, ses règles duraient deux ou trois jours et venaient tous les mois avec trois ou quatre jours d'avance. A 26 ans, elle eut un enfant. Ses dernières règles ont débuté le 12 décembre 1905. Elles ont duré plus que d'habitude, six à sept jours, mais sans être plus abondantes.

Ses règles finies, elle perdit à deux reprises un peu de sang sans y prêter attention, bien que cela ne lui fût jamais arrivé. Il lui semble que ses seins grossissent. Le 5 janvier, à l'épo-

que présumée, elle perd un peu de sang vers le soir ; la nuit, cet écoulement s'arrête ainsi que le jour suivant, pour reparaître le soir et s'arrêter encore. Contre l'habitude de la malade, ces petites pertes s'accompagnaient de douleurs.

Le dimanche 7, dans la soirée, elle a une crise douloureuse accompagnée de vomissements avec expulsion de caillots rouges aplatis, gros comme un gros crayon, longs de sept centimètres environ. Leur expulsion s'accompagne de pincements dans le ventre et d'élancements du côté du rectum. La crise ne dure qu'un quart d'heure. Elle est terminée lorsque le médecin arrive. Ce dernier pense à une fausse couche et recommande le repos. Toute la semaine suivante, la malade continue à perdre. Le samedi, nouvelle crise plus courte que la première, accompagnée de vomissements.

Dimanche 14, le docteur Cordebart porte le diagnostic d'hématocèle et fait entrevoir la nécessité d'une opération. Le mercredi suivant, troisième crise plus légère que les deux autres, mais toujours avec vomissements. Devant la persistance des signes physiques, mon confrère se décide à m'envoyer la malade, qui arrive le 25 à l'hôpital Lariboisière. Je confirme le diagnostic, et comme rien ne commande l'urgence, la malade est mise au repos absolu et à la glace. Sous l'influence de ce traitement, les douleurs spontanées disparaissent complètement et les pertes de sang diminuent. Le 2 février, je l'opère par laparotomie. Je trouve une hématocèle bien limitée par en haut, grâce aux adhérences de l'intestin et du ligament large ; je la vide de ses caillots et je dégage la trompe droite, qui a la forme d'une cornemuse, plonge dans le Douglas et y adhère par son extrémité péritonéale. A ce moment, il s'écoule un peu de sang rouge qui vient de la trompe. Ablation de celle-ci, fermeture du foyer hématique et de la paroi abdominale sans drainage. La trompe contient un œuf du volume d'une châtaigne. Cet œuf est largement implanté sur la paroi supérieure de la trompe. Il contient un embryon de deux centimètres de long. Le pavillon de la trompe est largement ouvert et c'est par là que se faisait dans le ventre l'hémorragie placentaire.

Comme suite opératoire, il est à noter une légère élévation de température, qui n'a pas dépassé 38°4 et qui a disparu au bout de trois jours. Les pertes de sang ont complètement cessé après l'opération et c'est à peine si les compresses placées devant la vulve ont été tachées le lendemain de l'opération.

OBSERVATION XV

(Doléris. — *Gynécologie*, Juin 1900)

Rétention tubaire totale. Hématocèle

La malade avait séjourné dans le service du professeur Le Dentu, à l'occasion de poussées aiguës graves au point que l'intervention avait été jugée urgente. Elle refuse néanmoins ; quelques mois après, elle acceptait l'opération dans les circonstances que je vais dire. Les douleurs à forme expulsive, localisées à droite, étaient extrêmement vives, discontinues, non accompagnées de fièvre ; elles coïncidaient avec un léger degré de tympanisme et de défense de la paroi abdominale.

Une tumeur était nettement perçue dans la région hypogastrique; la malade était très affaiblie et elle perdait du sang. Elle entra dans mon service, où elle fut surveillée et suivie avec soin pendant quelques semaines. Les phénomènes s'amendèrent ; la malade ne voulait pas entendre parler d'intervention. Malgré mes conseils, elle sortit. La tumeur abdominale avait d'ailleurs diminué à peu près de moitié, mais après cette réduction de volume assez rapide, elle restait stationnaire.

A moins d'un mois de là, la malade rentrait pour être opérée. Elle éprouvait les mêmes douleurs que précédemment et la tumeur s'était accrue de nouveau.

J'ouvris l'abdomen et trouvai une trompe droite très épaisse et irrégulièrement moniliforme dans toute sa longueur, de la grosseur du pouce dans les parties rétrécies et d'une noix dans les parties renflées. Sa consistance était dure et ses parois épaisses et friables. Le pavillon ouvert était appliqué sur l'intestin et l'épiploon auxquels il adhérait par ses coagula sanguins, solides, noirâtres et couleur feuille morte, d'âge différent. Des caillots en nappes étaient infiltrés entre les masses intestinales ; les parois de celles-ci en paraissaient même infiltrées. La trompe fut détachée, l'abdomen nettoyé ; les caillots trop adhérents furent simplement grattés et essuyés. Il n'y avait nulle part de collection hémorragique limitée. A la coupe, pratiquée sur toute la longueur de la trompe, on reconnaissait un long caillot stratifié dont la partie la plus volumineuse occupait le voisinage de l'ampoule tubaire et offrait l'aspect et la structure d'un vieil œuf ectopique, ce que l'examen histo-

logique permit de vérifier. L'ampoule elle-même était remplie par un caillot uniformément noir, plus récent, qui se soudait et se reliait aux coagula extra-tubaires. Dans la partie la plus large de la trompe, caillot presque entièrement fibrineux.

Nulle part on ne découvrait trace de fissure ni de rupture. La trompe n'adhérait point aux parties voisines, seuls le pavillon et l'ampoule étaient fixés par des adhérences cruoriques.

OBSERVATION XVI

(Proust et Bender. — *Société anatomique*, 11 Février 1910)

Récidive de grossesse extra-utérine. Inondation péritonéale par hémorragie se faisant par le pavillon de la trompe

MM. Proust et Bender présentent les pièces opératoires provenant d'une femme qui avait déjà subi l'ablation de la trompe à la suite d'une grossesse tubaire rompue et qui refit des accidents d'inondation péritonéale. La laparotomie fit constater une hémorragie de moyenne importance (400 grammes). La trompe, distendue par une grossesse isthmique, ne présentait aucune rupture. Le sang se faisait jour par le pavillon tubaire.

A propos de ce cas, les auteurs insistent sur la fréquence des récidives.

OBSERVATION XVII

(M. Savariaud. *Société anatomique*, Mars 1906)

Hématosalpinx profluent. Hémarragie se faisant à la fois « in utéro » et dans le péritoine

Il s'agit d'une femme qui, n'ayant pas vu ses règles en janvier, vint nous consulter en février parce qu'elle perdait du sang et souffrait dans le ventre. On pensa à un avortement

ordinaire, et comme tout rentra bientôt dans l'ordre, on la renvoya en lui disant de revenir aux moindres symptômes alarmants.

Elle revint en mars avec une petite collection pelvienne qu'on avait tendance à qualifier de salpingite à cause de l'élévation de température, lorsque, sous nos yeux, elle fut prise de douleurs atroces avec écoulement de sang par la vulve. Ce dernier symptôme acheva de me décider en faveur de la grossesse tubaire, et je diagnostiquai un début d'avortement.

L'opération, faite séance tenante, permit de constater dans le ventre la présence de quelques caillots récents rouge vif, d'un peu de sang liquide et de quelques caillots anciens de couleur rouillée.

Dans le Douglas était la trompe. Cette trompe était surdistendue par du sang. Quand on pressait légèrement sur elle, on faisait couler du sang noir, à la fois par le pavillon non complètement oblitéré, et par l'isthme sectionné au ras de la corne utérine. Il me paraît évident que, sur le vivant, cette trompe devait se vider à la fois dans le péritoine et dans l'utérus, produisant ainsi des signes d'hématocèle et l'hémorragie externe qui caractérisent l'avortement tubaire.

Cette trompe ouverte en présence de la Société, après séjour prolongé dans le formol, contenait un caillot avec cavité centrale ressemblant à la cavité amniotique, mais pas d'embryon apparent.

OBSERVATION XVIII

(P. Lecène. — *Annales de Gynécologie*, Juillet 1910)

Cas rare de grossesse extra-utérine

(GROSSESSE TUBAIRE EXTRÊMEMENT JEUNE AYANT DÉTERMINÉ UNE « HÉMORRAGIE INTRA-PÉRITONÉALE » ABONDANTE, SANS RUPTURE DE LA TROMPE.

Le 17 novembre 1909, je fus appelé d'urgence à l'hôpital Bichat, dans le service de mon maître, le professeur Hartmann, pour voir une jeune malade qui présentait tous les signes d'une grave hémorragie interne. La malade était absolument décolorée, avec des lypothimies presque continuelles. Elle racontait que ses dernières règles étaient venues à une époque normale, le 23 octobre 1909, puis brusquement, le 14 novem-

bre 1909, la malade avait été prise d'une douleur abdominale vive avec tendance à la syncope, tandis qu'elle perdait par le vagin du sang rouge et des caillots. Le 15 et le 16 novembre, la malade qui s'était alitée après la première crise douloureuse, se sentit mieux, mais brusquement, le 17 novembre, dans la matinée, une nouvelle douleur abdominale reparut, si vive que la malade en perdit connaissance pendant quelques minutes. Revenue à elle, elle vomit plusieurs fois, et son état général devenant sans cesse plus grave, on l'amena à l'hôpital le 17 novembre, à trois heures de l'après-midi.

A ce moment, il est évident à la simple inspection que cette malade est en proie à une grave hémorragie interne ; la face et les muqueuses sont décolorées ; le pouls est petit et rapide (130) ; la température rectale est de 38°4. Le ventre est légèrement météorisé, surtout dans sa moitié sous-ombilicale, et présente un certain degré de défense musculaire ; à la percussion, on trouve une sonorité tympanique partout, sauf à la partie inférieure de la région hypogastrique et dans la partie basse des fosses iliaques qui sont mates. Le toucher vaginal permet de constater que le col utérin est gros et entr'ouvert, le corps est un peu augmenté de volume en antéflexion ; il est mobile ; le cul-de-sac de Douglas est douloureux au toucher, mais on n'y constate pas de collection limitée. Il est impossible de délimiter les annexes par le toucher combiné au palper.

Dans ces conditions, le diagnostic de grossesse ectopique rompue avec hémorragie intra-péritonéale était de plus en plus probable, et ce diagnostic commandait une intervention immédiate. Après anesthésie légère au chloroforme et désinfection de la paroi abdominale avec teinture d'iode seule, je fis la laparotomie médiane sous-ombilicale ; à l'ouverture du péritoine, il s'écoule plus d'un litre de sang noirâtre, liquide, et quelques caillots ; la valve sus-pubienne mise en place, je constate que les annexes gauches sont absolument normales ; les annexes droites ne sont pas très augmentées de volume, mais il s'écoule du sang noir liquide par l'orifice abdominal de la trompe ; en conséquence, je fais l'extirpation des annexes droites et l'hémostase bien assurée, je referme le ventre sans drainage, en faisant une suture en un plan au fil de bronze. La malade guérit fort bien et sortit de l'hôpital le 3 décembre 1909.

Les annexes enlevées ne présentent extérieurement rien d'anormal ; l'ovaire est un peu gros, mais il contient un beau corps jaune récent, du volume d'une grosse noisette ; à la

surface de la trompe, on ne constate ni saillie anormale, ni perforation ; l'orifice abdominal est tout à fait sain, largement béant, avec ses franges normalement développées : quelques gouttes de sang noir sortent de cet orifice. J'ouvre alors sur une sonde cannelée la trompe, et je ne trouve à l'intérieur qu'un petit nodule noirâtre, gros comme un pois, implanté sur les franges de la trompe, au niveau de la portion ampullaire ; les franges qui avoisinent ce nodule noirâtre sont un peu œdématiées. C'est tout ce que l'on peut voir à l'œil nu sur cette pièce. Je fixai en masse dans le formol à 10 % la trompe ouverte et l'ovaire ; je pus alors, une fois la pièce fixée, pratiquer une coupe totale de la paroi tubaire au niveau du nodule noirâtre. Cette coupe à l'œil nu ne montrait rien d'autre en ce point qu'une infiltration totale de la muqueuse tubaire par une sorte de petit caillot rougeâtre ; je fis une incision à la paraffine de la totalité de ce nodule et je pratiquai plus de cinquante coupes histologiques sur le bloc de paraffine.

Ces coupes montrent toutes la même structure, la paroi tubaire est normale dans ses couches externe, séreuse et musculaire, bien que la vascularisation de ces tuniques soit un peu plus abondante que normalement. La muqueuse, au contraire, au niveau du point qui correspond au nodule visible à l'œil nu, est modifiée, le stroma conjonctif des franges est épaissi et l'épithélium de revêtement en partie desquamé ; le nodule noirâtre est constitué par un caillot sanguin formé de fibrine, de globules rouges et de quelques leucocytes ; au point où le caillot adhère à la muqueuse tubaire modifiée, on trouve une mince bordure qui représente l'ectoderme embryonnaire en évolution. On y voit quelques rares villosités choriales jeunes avec stroma mésenchymateux recouvert d'une assise cellulaire cubique (couche de Langhans), recouverte elle-même d'un syncitium très développé. Cette même bande d'ectoderme embryonnaire entre en contact direct avec le tissu conjonctif de la muqueuse tubaire modifiée, dont les cellules sont agrandies, polygonales, quelques-unes même multinucléées. Il y a donc là une ébauche d'ailleurs peu accusée de réaction déciduale de la part du tissu conjonctif de la muqueuse tubaire.

Il s'agit là d'une grossesse tubaire extrêmement jeune, arrêtée dans son développement et déterminant par l'orifice abdominal de la trompe, resté largement ouvert, une hémorragie intra-péritonéale profuse. Il faut bien connaître ces cas exceptionnels, sur lesquels Louis Bazy a, l'un des premiers, attiré l'attention. Rien ne décèle extérieurement une lésion quelconque de la trompe, il n'y a pas trace de rupture, mais il suinte du sang noirâtre par l'orifice tubaire, et ce seul signe

suffit pour un observateur prévenu ; faute de connaître ces cas rares, le chirurgien peut passer à côté du diagnostic, et, comme dans un cas cité par Quénu, refermer le ventre et laisser la malade mourir par continuation de l'hémorragie.

Il faut donc retenir de ce fait et des rares cas analogues publiés (Bazy, Quénu, Guinet), que l'inondation péritonéale peut parfaitement s'observer en dehors de toute rupture tubaire. Inutile d'insister davantage sur l'intérêt de cette notion anatomique désormais acquise.

Au point de vue histologique, cette pièce est intéressante encore parce qu'elle est un exemple de grossesse tubaire extrêmement jeune. La malade n'avait pas de retard de règles et la fécondation datait peut-être seulement de quelques jours. Sur la coupe totale de la greffe embryonnaire, on voit que la greffe s'est faite sur une frange de la muqueuse tubaire, le chorion conjonctif de cette muqueuse tubaire ne réagit que faiblement, et l'ectoderme fœtal, différencié en trophoblaste, pénètre dans les vaisseaux de la sous-muqueuse tubaire. Ceux-ci sont largement développés et c'est évidemment à cette « ouverture des vaisseaux maternels par le trophoblaste qu'il faut attribuer l'importance de l'hémorragie ». Bien qu'elle se fît en nappe et qu'aucun tronc important ne fût ouvert, ce suintement sanguin continu pendant plus de deux jours fut suffisant pour épancher dans le péritoine plus d'un litre de sang, en grande partie resté liquide. Pourquoi cette hémorragie continue ? Je l'ignore et ne veux pas hasarder d'hypothèse ; peut-être l'absence de fibres musculaires au point d'insertion tubaire de l'œuf peut-elle expliquer la persistance de l'hémorragie ? C'est possible, mais nullement démontré.

OBSERVATION XIX

(Proust et Bender. — *Société anatomique de Paris*, Février 1910)

Grossesse tubaire récidivée

(GROSSESSE ISTHMIQUE NON ROMPUE AVEC DÉBUT D'INONDATION PÉRITONÉALE PAR HÉMORRAGIE AU TRAVERS DU PAVILLON DE LA TROMPE RESTÉE PERMÉABLE.)

Mme G..., 24 ans, opérée d'une hématocèle par rupture de grossesse tubaire droite. Au cours de la laparotomie, on avait trouvé une certaine quantité de sang liquide épanché. La

trompe droite, formant une masse volumineuse, violacée, avait été réséquée. Au moment où la malade quitta le service (9 janvier 1906), on lui avait recommandé de venir se présenter à l'hôpital dès qu'elle aurait un nouveau retard de règles ; elle revient le 18 janvier 1910, avec un retard de douze jours. Au toucher, on sent une petite masse dans le cul-de-sac latéral gauche. De plus, la malade perd un peu de sang d'une manière continue, mais peu abondante (métrorragie distillante). Le diagnostic de grossesse tubaire gauche semble certain, mais étant donné qu'il n'y a pas d'accident, on se contente de surveiller la malade. Le 7 février, coliques, le cul-de-sac latéral gauche est très douloureux au toucher : imminence de rupture ; la malade est opérée le 8 février, dès le matin. Grande altération du facies, grande pâleur ; le pouls bat aux environs de 100.

A l'ouverture du ventre, faite couche par couche au niveau même de l'ancienne cicatrice, on aperçoit, la malade ayant été laissée en position horizontale, une mare de sang liquide dont les oscillations suivent les mouvements de la respiration et dont le niveau dépasse légèrement le fond de l'utérus.

Le cæcum, très distendu et un peu bleuâtre, surplombe le petit bassin. La main plonge derrière l'utérus et ramène les annexes gauches, la trompe distendue dans son tiers inférieur et saignant par son pavillon ; l'ovaire friable et adhérent à la paroi postérieure du ligament large. Ablation des annexes, la trompe liée au ras même de la corne utérine.

Drainage après évacuation des caillots et du sang épanché, d'une masse totale approximative de 300 à 500 grammes. Paroi suturée à trois places. Nous avons donc assisté au début d'une hémorragie intra-péritonéale qui promettait d'être assez considérable, et qui se faisait par le pavillon de la trompe, alors qu'il n'y avait pas de rupture de la grossesse isthmique. Un stylet introduit par le pavillon pénétrait librement jusqu'au niveau de la partie ectasiée de la trompe ; là, il buttait contre la masse intra-tubaire, vraisemblablement dans la région où le décollement de l'œuf était la cause de l'hémorragie.

OBSERVATION XX

(Gazette des Hôpitaux, 8 Juillet 1902, René Tessan, ancien Interne des Hôpitaux)

Rétention placentaire

(GROSSEUR TUBAIRE DROITE, AVORTEMENT ABDOMINAL SANS RUPTURE AU PREMIER MOIS, INONDATION PÉRITONÉALE)

1er avril 1901. — Une jeune femme de 27 ans, E. T..., corsetière, est reçue salle Gosselin : facies hémorragique avec angoisse. La malade, en pleine possession d'elle-même, nous raconte d'une façon très précise qu'elle est souffrante depuis le mardi de la semaine précédente, c'est-à-dire depuis six jours ; ce jour-là, elle ressentit brusquement une vive douleur dans le bas-ventre, mais put néanmoins continuer son travail. Comme ses règles étaient en retard de quelques jours, un pharmacien consulté le lendemain lui fit prendre des pilules d'apiol ; elle eut dans la journée quelques vomissements, un peu de diarrhée et constata une petite perte vaginale rouge de peu d'abondance. Les jours suivants, jeudi et vendredi, bien que se sentant faible, elle reste levée et fait son ouvrage ; elle continue à perdre un peu. Le dimanche, son état s'aggrave ; elle doit rester couchée, car sitôt levée, elle a une sensation de défaillance ; elle pâlit et risque de perdre connaissance.

Ajoutons que, mariée depuis peu, elle n'a jamais eu d'enfants ni de fausse couche, qu'elle fut toujours réglée normalement, sans pertes blanches.

Ces anamnestiques, le facies, le pouls à 130, le ventre modérément distendu et un peu douloureux, nous font porter le diagnostic d'hémorragie intra-abdominale par grossesse extra-utérine et nous pratiquons la laparotomie une heure après.

Le ventre est plein de sang liquide à reflets rouges, mêlé de caillots mous. Après une rapide évacuation, la malade est mise en position inclinée et l'on découvre aussitôt la source de l'hémorragie ; du pavillon de la trompe droite, un filet de sang rouge s'écoule. La trompe est distendue ; si on l'exprime par une pression douce, le sang s'échappe par le pavillon, puis elle se remplit à nouveau ; c'est donc bien dans cette trompe que cela saigne. On l'enlève en laissant l'ovaire sain en place. Du côté opposé, la trompe est transformée en un kyste séreux

à parois minces, gros comme une mandarine : on en fait aussi l'ablation ; l'ovaire correspondant, d'aspect normal, est respecté. L'utérus, à peu près gros comme le poing, congestionné, est basculé dans le Douglas. Après assèchement aussi parfait que possible de la cavité abdominale, un drain est placé dans le cul-de-sac rétro-utérin et la paroi est suturée en un seul plan au fil métallique. Pendant l'opération, deux litres de sérum intra-veineux.

L'examen des pièces montre que la trompe n'est pas déchirée ; l'hémorragie prenait naissance dans sa cavité, au niveau du placenta, en partie décollé, et se faisait jour par l'orifice abdominal. La grossesse tubaire s'est donc ici terminée non plus par rupture de la trompe gravide, mais par avortement abdominal. Du côté opposé, hydrosalpinx de date déjà ancienne.

La convalescence fut rapide, le drain fut retiré le 5, les fils le 11, et la malade sortit le 24. Nous avons pu la suivre, elle se porte à merveille ; ses règles sont réapparues la semaine précédente, absolument comme avant l'opération ; depuis lors, elles se sont faites avec une régularité parfaite.

Voici maintenant deux cas transitoires entre la rétention et l'avortement tubo-abdominal.

OBSERVATION XXI

(Société des Sciences médicales de Lyon, Séance du 15 Novembre 1911)

Avortement tubaire. Rétention. Hématocèle

MM. Patel et Murard rapportent l'observation de deux types différents d'hémorragie par avortement tubaire.

Voici l'observation de la première de ces malades : il s'agit d'une femme de 32 ans, s'étant toujours bien portée.

En juin 1911, les règles jusqu'alors régulières se notent quatre fois dans le mois.

En juillet, rien de particulier.

En août, les règles sont supprimées.

Elles réapparaissent le 13 septembre, ayant un retard de

vingt jours, mais s'accompagnant de vives douleurs à droite, en même temps que de phénomènes de congestion du côté du sein ; en outre de dysurie et de pollakyurie.

Au toucher, on sent un gros utérus dévié à gauche ; du côté droit, on perçoit une masse appliquée contre lui, mais indépendante. Elle est peu volumineuse, peu douloureuse, de consistance ferme.

Diagnostic : grossesse tubaire. On opère et on trouve un avortement tubaire ; la trompe est intacte. Si l'on regarde de près, on voit que l'orifice par où s'écoulait le sang n'est autre que le pavillon lui-même, dans lequel l'œuf vient presque faire hernie.

OBSERVATION XXII

(Charrier. — *Journal de Médecine de Bordeaux*, 31 Août 1913 *Société anatomo-clinique*, Séance du 21 Avril)

Rétention. Avortement tubo-abdominal. Hématocèle

Mme A..., 31 ans. A passé huit ans à Dakar et y a fait trois fausses couches, la dernière en 1911.

En octobre 1912, retard menstruel de vingt jours, puis elle se met à perdre du sang abondamment ; elle est vue et examinée par son médecin, qui fait le diagnostic de fausse couche et pratique un curettage. Un mois après, la malade a de nouveau des hémorragies abondantes. A ce moment, nous l'examinons et nous sommes frappé de la teinte anémique de son visage ; de plus, nous constatons que l'hypogastre est douloureux, légèrement soulevé par une tuméfaction large qui dépasse de chaque côté la ligne médiane, surtout à gauche. Cette tuméfaction est pâteuse et se prolonge, lorsqu'on pratique le toucher vaginal, par une tuméfaction de même nature qui bombe dans le cul-de-sac postérieur et le cul-de-sac latéral gauche. L'utérus est porté en avant, immobile. Le diagnostic de grossesse tubaire et d'hématocèle est facile à établir. L'intervention est décidée, car la malade a des syncopes fréquentes et pâlit de jour en jour.

A l'opération, nous trouvons un assez volumineux épanchement dans le Douglas. Il y a des caillots et un peu de sang non coagulé rutilant. La trompe gauche est augmentée de

volume, gravide, mais non rompue, et au moment où nous la prenons dans les doigts, elle accouche d'un œuf déjà presque énucléé par son pavillon ouvert. La trompe est extirpée, les caillots de même ; l'autre côté est sain. Suites opératoires banales. Guérison complète.

Nous résumerons maintenant les observations de Reymond, celles recueillies dans la thèse d'Aguinet et dans celle de Willette.

Reymond ne décrit pas minutieusement ses cas. Nous ne pouvons que les résumer dans le tableau suivant.

OBSERVATIONS (XXIII)

Antécédents : une femme nullipare, deux IV-pares, une IV-pare et fausse couche, une III-pare, une V-pare, une VII-pare, ; dans un cas, blennorragie.

Age : 4 cas de grossesse très jeune, deux de six semaines, une de sept, une de neuf.

Retard des règles.— Dans : 4 cas, aucun ; 2 cas, deux semaines ; 1 cas, trois semaines ; 1 cas, six semaines.

Pertes : dans tous les cas, pertes vaginales.

Douleurs : dans un cas, angoissante et vive ; 7 cas, sourdes.

Siège : dans 1 cas, pavillon ; 1 cas, isthme ; 6 cas, ampoule.

Contenu de la trompe : dans 6 cas, œuf entier ; 2 cas, placenta.

Nature de l'hématocèle : dans 2 cas, inondation ; 6 cas, petite tumeur sanguine intra-péritonéale.

Traitement : dans 4 cas, ablation de la trompe ; 4 cas. hystérectomie. Dans tous les cas, guérison.

OBSERVATIONS (XXIV)
recueillies par Aguinet (résumées)

Observation de Blum

Grossesse tubaire.
Inondation péritonéale sans rupture du kyste fœtal. Laparotomie. Guérison.

Femme primipare, retard de deux mois, douleurs vives avec état presque syncopal. En même temps, perte de sang sans caillots. Pendant les quinze jours qui suivent cette crise, plus de pertes, mais douleurs abdominales sourdes. Nouvelle crise et laparotomie : kyste fœtal intact dans la portion ampullaire. Inondation péritonéale. Dans la trompe, pas de sang, placenta et membranes ovulaires. Fœtus de six centimètres expulsé dans le ventre. Ostium abdominale dilaté et perméable ; ostium uterinum perméable, salpingectomie, guérison.

Observation de Savariaud

Inondation péritonéale consécutive à un avortement tubaire. Femme de 24 ans, nullipare, deux crises douloureuses, retard des règles de six jours. Ecoulement de sang par la vulve. Laparotomie, inondation péritonéale, trompe distendue par du sang et des caillots. On n'examine pas ces caillots. Salpingectomie. Guérison.

Observation de Lasson

Femme de 27 ans, nullipare, retard de règles de quelques jours. Vives douleurs pelviennes suivies de pertes vaginales et d'anémie progressive. Laparotomie, hématocèle. Du pavillon de la trompe droite, un filet de sang rouge s'écoule. La trompe est distendue ; si on l'exprime par une pression douce, le sang s'échappe par le pavillon, puis elle se remplit à nouveau. Rétention placentaire, salpingectomie, guérison.

Observation de Jacobson

Femme de 41 ans, multipare, retard d'un mois, deux crises vives à un mois d'intervalle, avec écoulement vaginal sanguin. A la dernière, état syncopal. Laparotomie, sauf dans le tiers externe de la trompe gauche, pavillon fortement dilaté. Salpingectomie, guérison.

Observation de A. Brothers

Femme de 27 ans, IV-pare, douleurs vives avec pertes utérines pendant cinq jours ; se reproduisent une semaine après. Masse du volume d'une orange dans le cul-de-sac droit. Laparotomie : inondation péritonéale, trompe distendue, œuf à son extrémité interne. Salpingectomie, guérison.

Les autres observations d'Aguinet se rapportent à des avortements tubo-abdominaux complets, par conséquent ne nous intéressant pas.

OBSERVATIONS (XXV)

RECUEILLIES PAR WILLETTE (résumées)

Observation inédite

Femme de 26 ans, primipare, retard des règles de dix jours, douleurs brusques et vomissements. Crise dure cinq-six jours, puis la femme se remet à travailler. Quinze jours après, même crise, mais accompagnée de perte de sang liquide. Treize jours après, nouvelle crise ; de même quatre jours après ; de même seize jours après, quelques pertes chocolat ; puis crises subintrantes sept jours après quelques pertes chocolat, le pouls devient rapide, masse dans le cul-de-sac droit. Pendant le transport dans la salle d'opération, douleurs violentes et crise typique de rupture. Laparotomie : trompe déchirée, contenant embryon de six centimètres ; salpingectomie, guérison. Donc, rétention tubaire de dix semaines, suivie de rupture.

Observation de Strandfield Jones

Grossesse tubaire non rompue, trompe dilatée autour de l'œuf ; forte hémorragie dans un cas, très petite dans l'autre.

Les rétentions de sang dans la trompe sont causées par des avortements tubaires très jeunes. L'œuf est évacué généralement par la voie utéro-vaginale et l'accident est considéré comme une fausse couche vulgaire et bénigne. Un peu de sang reste dans la trompe ; il se résorbe souvent ou bien il s'enkyste et devient l'origine de désordres plus ou moins lointains. Lejars insistait déjà, en 1904, sur ces avortements très jeunes qui ne laissent dans la trompe qu'une trace minuscule. Il cite deux observations à l'appui (Obs. XXIX, Déguin). Laparotomie pour douleurs persistantes. On trouve seulement un petit caillot durci du volume d'un pois et quelques maigres adhérences.

Observation de Lejars

Opération pour rétroflexion adhérente chez une femme de 35 ans, à la partie moyenne de la trompe gauche. Bosselure noirâtre grosse comme un pois ; la trompe fut enlevée seule, la petite bosselure était un caillot dur. La malade disait avoir eu une fausse couche il y a trois ans ; c'était une fausse couche tubaire ayant laissé des adhérences douloureuses et cette rétroflexion.

Il y a intérêt à reconnaître ces formes, qui peuvent donner des accidents à longue échéance.

Nous donnons en même temps une intéressante observation de Cazin, dans laquelle il s'agit de rétention de sang dans la trompe sans grossesse tubaire. Elle est intéressante au point de vue du diagnostic différentiel de ces variétés.

OBSERVATION XXVI

(Maurice Cazin. — *Société des Chirurgiens de Paris*, 29 Novembre 1912
Diagnostic de la grossesse tubaire non rompue)

Rétention de sang dans la trompe

En juin dernier, au moment des dernières règles, vomissements alimentaires, puis bilieux, extrêmement pénibles et s'accompagnant d'efforts violents.

Les accidents durent neuf jours ; aucune médication ne les avait atténués ; ils cessent brusquement.

Le 22 juillet, répétition des mêmes phénomènes qui ont la même durée et coïncident avec la menstruation. Les règles sont moins abondantes que pendant les mois précédents. La diète absolue, l'eau chloroformée amènent une sédation au quatrième jour, mais les vomissements réapparaissent au bout de vingt-quatre heures.

Aucun phénomène abdominal. La malade, qui se dit atteinte d'un fibrome, est examinée à cette époque et on ne trouve

rien d'anormal du côté de l'utérus ni des annexes. L'absence de réflexes cornéens et pharyngiens fait faire le diagnostic de vomissements névropathiques. Pour éviter le retour de ces accidents, on conseille à la malade l'extrait ovarien pendant les dix jours précédant les règles.

Du 30 juillet au 7 septembre, aucun incident. La malade se porte très bien, reprend du poids et se livre à ses occupations.

Dans la nuit du 7 septembre, la malade est prise brusquement, vers une heure du matin, d'une douleur vive dans le ventre, douleur qu'elle localise surtout à gauche. Les vomissements réapparaissent. Aucun phénomène péritonéal. Ventre souple, se laissant facilement déprimer. On réveille de la douleur dans la fosse iliaque gauche ; le toucher vaginal permet de sentir la trompe à gauche, rien dans son cul-de-sac droit. Repos au lit, glace sur le ventre. Aucune élévation de température. Pouls plein, régulier, à 80-85.

Les règles apparaissent, très peu abondantes, constituées par du sang noirâtre en partie décomposé.

Les vomissements semblent plus abondants que dans les crises précédentes et nécessitent un lavage d'estomac.

Tout semble rentré dans l'ordre quand, le 12 septembre, au matin, on trouve la malade pâle, les yeux cernés, avec un pouls très rapide, tendance à la syncope, langue un peu sèche. La température est normale.

La palpation du ventre réveille de la douleur à gauche. Cette palpation est facile, aucune défense musculaire et sonorité normale de tout l'abdomen, pas de matité dans les fosses iliaques. En présence de tels accidents, on pensait à la formation d'une hématocèle, d'autant plus que le doigt, lors d'un toucher vaginal, ramenait une bouillie noirâtre formée de sang décomposé.

Repos absolu. Glace. Diète. La malade est revue dans l'après-midi, le pouls est relevé, le facies meilleur, les vomissements un peu diminués.

Les jours suivants, on vit apparaître dans le cul-de-sac droit, jusque-là indemne et très dépressible, une masse qui va aller en augmentant, pour atteindre le volume approximatif d'une petite tête de fœtus. On a pu constater son augmentation de volume de jour en jour.

Bien que l'état général ne se soit pas modifié, la malade entre à l'hôpital de Lagny le 24 septembre, dans la soirée.

A son arrivée à l'hôpital, M. le docteur Munier constate une grosse masse irrégulière, siégeant dans le cul-de-sac droit et très douloureuse à la pression. Température, 37°4, pouls, 80.

deux vomissements. Traitement : repos au lit, glace, opium ou morphine.

Le 9 octobre, règles pendant quatre jours. Dans les jours qui précèdent et qui suivent, toujours écoulement chocolat.

L'état général va en s'améliorant. Règles le 7 novembre pendant quatre jours.

J'opérai cette malade le 17 novembre, avec mes collègues Munier et d'Halluin, qui avaient bien voulu me la confier. L'opération fut des plus simples et j'enlevai une trompe du volume du poing, remplie de caillots, mais dans laquelle nous ne pûmes reconnaître aucune trace du produit fœtal. Après deux jours de vomissements, sans élévation de la température et sans modification du pouls, la guérison s'est faite normalement.

Examen histologique de la pièce par M. Bauer. Après fixation, suivie d'inclusion à la paraffine, des coupes ont été pratiquées au microtome et colorées suivant les méthodes actuelles.

Il n'y a aucune trace de tissus fœtaux, pas trace d'insertion placentaire sur les coupes du fragment à examiner.

Ce fragment comprend : une partie de l'ovaire, une tranche de la trompe et une portion du ligament large.

L'ovaire contient de nombreux corps jaunes, dont un très volumineux, plus un petit kyste.

La trompe est entièrement normale.

Le ligament large présente sur une partie de son étendue une infiltration sanguine relativement récente, mais antérieure à l'opération, avec quelques infiltrations discrètes de polynucléaires.

D'après cet examen, il n'y avait donc pas de grossesse tubaire et il s'agissait d'un hématosalpinx à périodes congestives coïncidant avec les règles. Sans l'examen minutieux des caillots contenus dans la trompe et sans l'examen histologique, il ne me paraît pas douteux que le diagnostic de grossesse tubaire aurait été maintenu comme titre à cette observation, et je me demande s'il ne serait pas très instructif de soumettre régulièrement à l'examen histologique tous les cas étiquetés cliniquement grossesse tubaire et pour lesquels il suffit parfois, en l'absence de fœtus, de rencontrer des caillots dans la trompe pour considérer le diagnostic comme confirmé par l'intervention.

Rétentions tubaires sans rupture

Ce sont certainement les cas les plus rares parmi toutes les rétentions tubaires. Il faut des circonstances particulières pour qu'une rupture commencée dans la paroi ne devienne pas suffisamment large pour laisser passer son contenu. La trompe doit avoir tout d'abord des parois suffisamment épaisses. Il faut aussi que la première fissuration ait causé la mort de l'œuf, sinon l'œuf continuant à croître, agrandit la fente et passe par elle dans la cavité abdominale. Cependant, cet axiome n'est pas absolu, puisqu'on observe des fissurations successives indiquant que l'œuf a continué à grandir et les a déterminées l'une après l'autre. Dans ces cas, les membranes de l'œuf ne se sont pas rompues en même temps que la trompe et ont adhéré au pourtour de l'orifice. D'après Doléris, l'orifice de la rupture peut être minime, ne correspondant pas exactement à l'insertion de la masse placentaire principale. Des adhérences obturent la fissure si celle-ci s'est produite lentement et il n'y a qu'une hémorragie insignifiante au début. Ou bien, comme dans le cas de Martin, un caillot peut obturer l'orifice.

Le plus souvent, la fissuration est accompagnée d'un léger épanchement sanguin dans le péritoine, épanchement rapidement résorbé. Les pertes sont celles de toutes les rétentions.

Au toucher, la douleur est vive, souvent insupportable; il en est de même au palper bimanuel.

OBSERVATION XXVII

(Docteur G. Bouilly. — In *Semaine gynécologique*)

Rétention avec fissuration

Avortement tubaire. Difficultés du diagnostic de l'hémorragie intra-péritonéale. Salpingectomie. Guérison.

Mme X..., 39 ans, très bonne santé habituelle, mère de deux grands enfants de 17 et 15 ans, toujours très bien réglée, menait une existence régulière, sans fatigue exagérée, est prise de pertes sanguines le 9 décembre 1899, époque anormale pour elle ; mais les règles qui devaient venir le 29 novembre avaient fait défaut sans qu'il y ait eu aucun malaise, ni douleur d'aucune sorte. Cet écoulement sanguin se prolongea tout le mois de décembre et subit une grande augmentation vers le milieu de décembre ; mais passé cette époque, l'écoulement continua et la malade vint me consulter, le 16 janvier 1899, se plaignant de perdre du sang en permanence, mais n'accusant ni malaise, ni douleur, et n'ayant absolument rien changé à sa vie ordinaire.

Je ne constatai rien d'anormal ; l'utérus ne me parut pas gros ni douloureux ; je ne trouvai rien d'appréciable dans le voisinage, et je restai indécis sur la nature de cette métrorragie ou plutôt de ce suintement sanguin prolongé qui me parut sans importance.

Le vendredi suivant, 18 janvier, deux jours après mon examen, à onze heures du soir, au moment où elle se déshabillait, la malade est prise d'une douleur abdominale extrêmement violente, avec menace de syncope, nausées, sueurs froides, état général grave de shock péritonéal. Le mari vient me chercher en toute hâte et je trouve la malade dans un véritable état de shock, la face pâle, décolorée, le ventre très sensible, en un mot avec tous les signes d'une hémorragie interne ou d'un violent ictus péritonéal. Le toucher ne révèle rien autre chose que de la sensibilité vers le bord droit de l'utérus. Au moment où j'arrive, la crise est en voie d'amélioration ; la douleur est moins vive et l'angoisse moins marquée. Je prescris un repos absolu, une potion avec 10 centigrammes d'extrait thébaïque et de la glace sur le côté droit du ventre. Il n'est pas douteux pour moi qu'il s'est fait dans l'abdomen une petite effusion sanguine, peu considérable, mais suffisante pour produire le véritable shock péritonéal.

Dès le lendemain, l'état général s'améliore ; il persiste seulement quelques douleurs dans le côté droit, en même temps que continue de se faire un écoulement sanguinolent incessant, mais peu abondant. Le toucher et le palper font reconnaître une tuméfaction mal limitée sur le bord droit de l'utérus.

Dans les jours suivants, il y a expulsion, en même temps que de sang, de véritables débris de muqueuse utérine épaissie, de fausse caduque ; malheureusement, l'examen microscopique n'en est pas pratiqué. Tout semblait aller de mieux en mieux ; le repos le plus rigoureux était gardé ; aucune imprudence n'était commise quand, le vendredi 27 janvier, à 6 heures un quart du matin, survient une nouvelle crise analogue à celle du 18, mais infiniment plus grave ; la face se décolore complètement, les muqueuses sont absolument exsangues, le pouls est impossible à sentir. La malade est en menace de mort imminente, en même temps que se produit une douleur du ventre atroce. J'arrive à 7 heures et demie et je trouve la malade un peu moins mal qu'une demi-heure auparavant, mais présentant tous les signes les plus accentués d'une abondante hémorragie interne ; la pâleur de la face et des muqueuses est effrayante ; la malade est inerte dans son lit, couverte de sueurs froides, le pouls est possible à sentir, mais faible et petit, dans les 100 à 110 ; la température est de 36°. Je pratique immédiatement trois injections sous-cutanées de sérum. Celles-ci sont faites à 8 heures et demie, d'abord à la dose d'un litre, puis 500 grammes sont encore injectés dans la journée.

A 9 heures, après l'injection d'un litre de sérum, le pouls est plus fort, la température est à 36°4 ; la décoloration est la même, mais elle ne s'est pas accentuée. Ma conviction est que l'hémorragie est arrêtée ; néanmoins, je fais envoyer chercher tout ce qui est nécessaire à une laparotomie d'urgence, décidé à intervenir si les symptômes semblent prendre la moindre aggravation.

Je laisse le docteur Boulle auprès de la malade, avec ordre de me téléphoner de suite et de tenir tout prêt pour l'intervention en cas d'alerte nouvelle. A midi, la situation est meilleure, l'hémorragie semble définitivement arrêtée. Le danger immédiat est conjuré, mais on peut craindre un nouveau retour des accidents et tout reste préparé en cas de besoin.

28 janvier. — L'état est bien meilleur et ne présente rien d'inquiétant. La mine est beaucoup moins mauvaise et la pâleur moins prononcée. La perte de sang continue moins abondante. Il existe une douleur diffuse dans tout le ventre, surtout marquée dans la partie inférieure et droite de l'ab-

domen. Au toucher, le cul-de-sac postérieur est libre et souple ; on constate une tuméfaction sur le bord droit de l'utérus.

10 février. — Depuis quelques jours, l'état général a toujours été en s'améliorant ; la mine est revenue, bien qu'il reste toujours une décoloration très prononcée des muqueuses ; la douleur du ventre est très prononcée. Le repos a été absolu et la malade n'a pour ainsi dire pas bougé dans son lit depuis la crise du 27. L'écoulement sanguin a persisté ; à plusieurs reprises, il y a eu expulsion de lambeaux de muqueuse utérine hypertrophiée. Au palper, on sent nettement une induration siégeant dans la région sous-inguinale droite, se prolongeant vers la ligne médiane et la dépassant un peu. Cette tuméfaction ne remonte pas, comme niveau, à plus de quatre à cinq travers de doigt au-dessus du pli de l'aine ou du pubis ; elle est modérément douloureuse au palper. Spontanément, il existe toujours une sensibilité de toute la partie inférieure du ventre.

L'appétit est plus prononcé, les garde-robes sont pénibles et douloureuses et doivent être fortement aidées.

16 février. — Depuis plusieurs jours, je laisse du temps pour me rendre compte de l'évolution de cette tuméfaction abdominale qui a l'aspect d'un épanchement sanguin et savoir si elle a tendance à la résorption spontanée, ou au moins à la diminution du palper, les signes sont les mêmes. On pressent au-dessus du pli de l'aine et à la symphyse pubienne une tuméfaction étendue transversalement, le pédicule formant comme plastron derrière la paroi abdominale dure, résistante. Par le toucher et le palper, on circonscrit une tumeur étendue depuis la face intérieure de l'utérus sous forme d'une grosse bosselure, vers le côté droit dans le cul-de-sac vaginal antérieur On saisit entre le doigt vaginal et la main hypogastrique une tuméfaction allongée transversalement et vaguement fluctuente ou mieux rénitente ; dans sa portion la plus interne, semblant formée par la trompe distendue par du sang et par un épanchement sanguin péri-tubaire, avec adhérence probable de l'épiploon à la face postérieure de l'abdomen. Le cul-de-sac postérieur est libre et vide, peu profond, l'utérus paraît en latéro-version gauche, marquée en partie par la tuméfaction siégeant à sa face antérieure et à droite.. Il n'y a aucun trouble du côté de la miction. La douleur est toujours modérée, mais persistante dans la fosse iliaque droite. Depuis quelques jours, l'appétit est devenu moins bon ; la malade est obligée de se remettre presque exclusivement au lait ; l'estomac est

paresseux et ballonné ; les garde-robes sont toujours extrêmement pénibles.

Depuis le début de l'accident, il n'y a jamais eu d'élévation notable de la température ; celle-ci, dans les premiers jours, a atteint pendant quelque temps 37°8 le soir ; actuellement, elle est à 37°5 le soir et 37° le matin ; pouls, en moyenne 80-88.

En tenant compte de la persistance des signes locaux et de la détérioration légère, mais certaine, de l'état général qui est moins bon depuis quelques jours, il est décidé de faire la laparotomie pour enlever le foyer sanguin tubaire et péritubaire et de faire cette opération le plus tôt possible, avant le retour probable de l'époque que les calculs les plus vraisemblables permettent de fixer au 20 ou au 21. Depuis trois à quatre jours, il n'y a plus eu de perte sanguine utérine ; dans les derniers temps où il y a eu un suintement, le sang était épais, visqueux et noirâtre, toujours en assez faible quantité.

20 février. — Laparotomie. Incision médiane dans la position horizontale jusque dans le péritoine, pour s'assurer qu'il n'y a pas dans le ventre un épanchement sanguin que la position inclinée ferait fuir vers le diaphragme.

On reconnaît de suite que cet épanchement n'existe pas et immédiatement, pour le reste de l'opération, la malade est mise en position de Trendelenbourg. Le bassin est fermé par des adhérences intestinales à la paroi abdominale antérieure et à une masse volumineuse sous-jacente ; les adhérences sont assez facilement détachées à l'aide d'une compresse et l'on reconnaît une grosse masse noirâtre d'apparence cruorique ; toutes les anses intestinales sont repoussées et protégées par de nombreuses compresses. Il est facile de reconnaître : 1° qu'il n'y a pas de sang libre ni liquide, ni coagulé épanché dans la cavité péritonéale ; 2° que toute la masse est formée par un volumineux hématosalpinx de la grosseur d'une orange environ, située à la face supérieure et antérieure de l'utérus et adhérant mollement de tous côtés aux parois du bassin et aux parties voisines. En commençant l'isolement, on voit sourdre sur la ligne médiane, derrière la paroi abdominale, un liquide grisâtre, hématique et purulent, venant d'un point de la trompe rompue ; ce liquide, dont on peut évaluer la quantité à deux cuillerées à bouche, est soigneusement épongé et recueilli sur les compresses isolantes qui sont renouvelées suivant les besoins. Toute la masse est isolée à l'aide de décollements prudents et amenée à l'extérieur sous forme d'une grosse masse de caillots renfermés dans la trompe, considérablement distendue, à parois amincies, violacées et en apparence de spha-

cèle par places. A cette trompe est appendu l'ovaire droit, atteint par places de dégénérescence scléro-kystique, mais relativement sain et respecté par l'hémorragie. Toute la masse est pédiculisée sur le bord droit de l'utérus ; le pédicule est lié au catgut et coupé au thermo-cautère. A la place occupée par la trompe distendue par le sang, reste une cavité assez grande, circonscrite en avant par la face postérieure et le fond de l'utérus, en arrière par des anses intestinales ; en bas par le cul-de-sac rétro-utérin peu profond et comblé par d'anciennes adhérences. Toute cette portion de cavité est soigneusement essuyée ; elle est parfaitement exsangue ; par prudence, cependant, un gros drain y est placé et sort à la partie antérieure de l'incision abdominale. Suture de la paroi à deux étages au catgut, de la peau et du tissu sous-cutané au crin de Florence.

L'opération s'est faite régulièrement, sans incident d'aucune sorte, et s'est terminée en vingt-cinq minutes. La malade a bien supporté le chloroforme. En tenant compte de sa faiblesse antérieure, on lui pratique, avant son réveil, une injection sous-cutanée de 500 grammes de sérum artificiel.

La pièce enlevée est un type d'hématosalpinx ; elle se compose de deux parties : 1° une grosse partie, du volume d'une petite orange, formée par les parois de la trompe distendue et renfermant de volumineux caillots noirs, cruoriques, accumulés et tassés ; 2° une autre partie plus petite, continuant la première, formée également par les parois de la trompe, à l'intérieur de laquelle une coupe au bistouri fait reconnaître une cavité amniotique tapissée par un chorion étalé et contenant un petit embryon de seize à vingt millimètres de longueur, bien formé, très reconnaissable, de six semaines environ de conception. Dans cette cavité amniotique, en contact avec le petit embryon, est un liquide hématique grisâtre, muco-purulent, analogue à celui qui s'est échappé de la trompe dans les manœuvres de l'isolement, et qui n'est autre que du sang en voie de décomposition et peut-être de suppuration. La partie de la trompe qui contient l'embryon n'est pas en communication directe avec la partie de cette trompe dans laquelle est accumulée la masse de caillots. La grosse hémorragie tubaire ne s'est pas faite dans la partie de la trompe où était l'embryon, mais bien dans la portion plus considérable de la trompe où il n'était pas. La cavité renfermant l'embryon est séparée de la cavité renfermant les caillots par des tractus fibreux qui n'ont pas permis au sang d'envahir la poche amniotique et de la distendre ; de sorte qu'il semble que la grosse

hémorragie ne s'est pas faite dans la partie de la trompe où était l'embryon, mais dans la partie voisine ; de sorte qu'il paraît par là même que cette hémorragie n'a pas eu sa source directe dans les vaisseaux du chorion, mais dans les parois mêmes de la trompe vascularisée.

22 février. — Suites simples. Le drain est enlevé, il n'a donné lieu qu'à un écoulement insignifiant ; la place qu'il occupait est fermée par le crin de Florence d'attente.

27 février. — Désunion de la plaie à sa partie moyenne et à sa partie supérieure. Il se produit en ces deux points une légère suppuration que l'on peut attribuer au catgut probablement infecté au moment de l'opération.

L'état général est excellent et s'améliore de jour en jour ; il y a une transformation complète dans l'état de la malade.

Vers le 15, au moment où la malade était considérée comme guérie et était sur le point de se lever, elle est prise d'un mouvement fébrile qui se prolonge pendant quelques jours et est en rapport avec le développement d'un infarctus pulmonaire compliqué de pleurésie droite avec épanchement et congestion pulmonaire à la base gauche, le tout sous l'influence d'une phlegmasie du membre inférieur gauche, avec œdème de la jambe, du pied à la cuisse.

Au 22, les accidents pleuro-pulmonaires peuvent être considérés comme enrayés ; il n'y a plus ni oppression, ni douleur, et la respiration redevient facilement libre. L'œdème de la cuisse et de la jambe persiste ; enveloppement continu et gouttière.

2 avril. — Etat général très bon, même état local.

16 avril. — Etat général excellent ; le membre inférieur gauche reste toujours gros et œdématié ; depuis deux jours, il y a même une augmentation du gonflement de ce membre avec un peu de douleur, comme si une autre veine de la cuisse se thrombosait.

La plaie abdominale, qui a marché très lentement, et n'a rien fait pendant les accidents fébriles pleuro-pulmonaires, est maintenant tout à fait cicatrisée.

L'amélioration de la phlébite s'est faite lentement, en temps voulu. La malade quitte la maison de santé le 10 mai, en parfait état, pouvant marcher et sans œdème de la jambe atteinte de phlegmasie. Elle part munie de la ceinture abdominale et d'un bas lacé.

Aucun phénomène abdominal ; guérison complète de ce côté. La malade, revenue à plusieurs reprises et à intervalles éloignés depuis l'opération, reste parfaitement guérie.

FORMES CLINIQUES EXCEPTIONNELLES

Il nous reste à décrire quelques formes spéciales, formes aberrantes en quelque sorte, dont nous avons trouvé des exemples dans la littérature médicale. Ce sont :

a) la grossesse tubaire gémellaire avec rétention;

b) la grossesse tubaire double, avec rétention d'un côté et rupture de l'autre;

c) les grossesses extra et intra-utérines simultanées avec rétention tubaire;

d) la rétention forcée;

e) une forme de grossesse tubaire développée dans une trompe après hystérectomie vaginale.

***

Rétention tubaire gémellaire

a) Nous ne connaissons qu'un cas de grossesse tubaire gémellaire.

OBSERVATION XXVIII

(Violet. — *Société des Sciences médicales de Lyon*, 18 Novembre 1908)

Grossesse tubaire gémellaire de date assez récente ; avortement tubaire ne se traduisant que par des symptômes douloureux.

Il s'agit d'une malade âgée de 31 ans, sans antécédents pathologiques particuliers, ayant eu trois enfants à terme, le premier il y a onze ans, le dernier il y a six ans. Elle entre

dans le service le 29 août 1908, envoyée par mon ami, le docteur Douvre, de Rive-de-Giers.

Elle raconte son histoire de la façon suivante : elle serait malade depuis le 2 août. La maladie aurait débuté par des douleurs dans le ventre et des vomissements. Tout ceci ne dura qu'une nuit ; le lendemain elle ne gardait pas le lit.

Le 14 août, nouvelle crise douloureuse avec vomissements bilieux pendant une soirée ; le 28 août, réapparition des mêmes symptômes douloureux. C'est ce jour-là que son médecin l'examine et l'envoie à Lyon, avec le diagnostic d'annexite. Elle entre le 29 au soir. A l'examen, le 30 au matin, on constate qu'il s'agit d'une malade qui va et vient, marche, se lève. Sa crise de l'avant-veille n'a duré que quelques heures, mais elle garde un ventre douloureux et une véritable anxiété, par suite de la crainte du retour de ces douleurs. L'examen montre un ventre ballonné, douloureux à la pression, principalement dans la région sous-ombilicale. L'examen gynécologique permet de constater que l'utérus est en bonne position, douloureux à la pression, douloureux à la mobilisation. On ne sent rien dans le cul-de-sac. La température est de 37°3 le matin, 37°4 le soir, le pouls à 90. La malade est mise en observation ; on songe à la possibilité d'une colique hépatique, d'une colique néphrétique, d'une crise appendiculaire. Tous les soirs, la malade est prise de coliques assez vives. Un nouvel examen gynécologique, pratiqué le 2 septembre, reste négatif. On était sur le point de faire faire une radiographie du rein avant de se permettre de considérer la malade comme une névropathe, lorsqu'un dernier examen gynécologique, pratiqué le 5, permet de sentir une petite masse dans le Douglas, prédominant à gauche, du volume d'une mandarine à celui d'une orange, masse qui certainement n'existait pas auparavant. D'autre part, on constate une légère perte sanglante. Interrogée sur ses règles, la malade dit avoir eu les dernières le 25 août et les précédentes le 23 juillet. L'une et l'autre périodes avaient duré trois à quatre jours. Or, cette histoire de règles ainsi racontée était bien faite pour nous égarer. En effet, les règles de juillet, qui, au dire de la malade, étaient venues au bout d'un mois, se trouvaient en retard sur la normale, étant donné que d'ordinaire elle était réglée à trois semaines. Avec ce retard de huit jours, fin juillet, une petite perte de sang survenue avec la première crise des premiers jours d'août, une nouvelle perte le 23 août, que la malade avait prise pour ses règles, les phénomènes subjectifs accusés par la malade et les constatations objectives, le diagnostic de

grossesse extra-utérine se présentait à l'esprit. C'est ce diagnostic qui fut fait et que confirma la laparotomie pratiquée le lendemain 7 septembre.

Il s'agissait d'une grossesse gémellaire dans la même trompe. Le pavillon est ouvert, avec des franges un peu turgescentes. La portion ampullaire est distendue sur cinq à six centimètres et on y trouve deux bosselures séparées par un sillon, l'une mobilisable, l'autre fixe.

A l'ouverture, masse charnue, un peu hémorragique à son pôle externe ; à son pôle interne, aspect charnu, irrégulier au niveau de la zone d'insertion placentaire. A l'un des pôles de cette masse qu'on fend, libre de toutes adhérences avec la trompe, petit noyau charnu blanc rosé criant sous le couteau, très net sur deux centimètres d'étendue, s'infiltrant peu à peu de caillots et d'extravasats sanguins, à mesure que l'on descend vers l'autre pôle. Au centre, on trouve une cavité ovulaire très nette, du volume d'une noisette, avec sa membrane amniotique, lisse, mince, décollée par certains endroits, adhérente en d'autres. On ne voit pas d'embryon.

Le second noyau, à peu près du même volume, est encore adhérent à la trompe par le pôle le plus distal du pavillon. Il présente à très peu près la même structure : de la fibrine, enveloppant quelques caillots vers le pôle libre, une structure, charnue, blanc rosé vers le pôle adhérent, au centre une cavité lisse, un peu moins intacte que la précédente, mais avec une membrane amniotique très nette. Sur l'ovaire enlevé avec la trompe correspondante, on trouve deux corps jaunes.

Préparation histologique : sur l'œuf encore adhérent, on voit nettement les franges tubaires avec la réaction déciduale caractéristique des éléments fœtaux, les villosités avec leur revêtement syncitial et les bourgeonnements syncitiaux caractéristiques des phases précoces du développement ovulaire. Sur l'œuf non adhérent, on constate nettement du placenta à l'état jaune dissocié par quelques hémorragies.

Cet examen histologique réfute tout à fait l'hypothèse que l'une des masses répondrait à un simple caillot.

***

b) Les grossesses tubaires doubles sont difficilement diagnosticables.

Dans les deux cas que nous avons étudiés, il y avait

rupture d'un côté et rétention de l'autre. Encore Burty n'indique-t-il pas exactement si la trompe non rompue contenait un œuf vivant ou mort, si, par conséquent, il s'agit d'une grossesse en évolution ou d'une rétention. Nous donnons cette observation sous cette réserve. Dans les deux cas la rupture, s'accompagnant d'hématocèle, avait dominé le tableau clinique et avait faire le diagnostic. L'œuf contenu dans l'autre trompe a été une trouvaille opératoire. Ces faits méritent néanmoins d'être connus et étudiés; dans un cas, diagnostiqué grossesse tubaire, la constatation d'une trompe grosse et douloureuse de l'autre côté pouvait orienter le diagnostic vers l'hypothèse d'une infection salpingienne double.

OBSERVATION XXIX

(Vautrin. — *Gynécologie*, Paris 1911)

Rétention tubaire d'un côté. Rupture de l'autre

Mme L..., de W... (Lorraine allemande), âgée de 24 ans, est mariée depuis quatre ans. Elle a eu en 1908 une première grossesse, interrompue au troisième mois par un avortement, à la suite duquel on a dû pratiquer un curettage.

En avril 1910, la malade a ses règles pour la dernière fois et ressent des symptômes de grossesse.

En juin, elle ressent brusquement une vive douleur dans le ventre, se met au lit et reçoit les soins de son médecin, qui constate un écoulement utérin de sang noir, peu abondant, mais persistant. Dix jours après, les pertes continuent, et au toucher vaginal on sent dans le Douglas, à gauche, une tuméfaction dure et douloureuse, en arrière d'un utérus volumineux dont le col est tuméfié ; on pratique un curettage pour arrêter les pertes. Ce curettage reste sans résultat ; on fait alors un écouvillonnage avec badigeonnages de teinture d'iode

dans la cavité utérine. Tout cela en vain. Les pertes de sang noir continuent et le pelvis reste douloureux. Tout à coup, le 2 juillet, la malade étant toujours couchée, une douleur brusque apparaît dans le flanc droit, violente, déchirante, suivie de réaction péritonéale, de nausées, de constipation, de ballonnement. Au toucher, le cul-de-sac vaginal postérieur paraît très douloureux et tendu. La trompe droite, jusqu'alors indemne, est d'une sensibilité exquise et noyée dans une tuméfaction pâteuse qui remonte assez haut dans le pelvis. L'utérus est fixé, mou, hypertrophié et le col entr'ouvert laisse suinter un filet de sang noir.

Pendant deux jours, l'état est assez inquiétant, en raison du ballonnement abdominal et des vomissements. La collection sanguine abdominale remplit manifestement la partie droite du pelvis, la portion gauche restant toujours occupée par la tuméfaction ancienne plus dure, rétractée et presque indolente.

Le 7 juillet, les signes de réaction péritonéale s'atténuent légèrement et les vomissements cessent ; on peut obtenir des selles liquides et fétides qui soulagent la malade. Le thermomètre monte à 38° le matin et 39° le soir et le pouls oscille entre 100 et 110.

Cet état dure pendant quatre jours, avec frissons, langue sèche et douleurs pelviennes. Le toucher vaginal indique que le vagin est chaud et que le Douglas, très tendu, devient extrêmement douloureux. Il y a du ténesme vésical et de la dysurie. La diarrhée commence. Tous ces signes font supposer une infection de la collection sanguine pelvienne.

La malade m'est adressée le 10 juillet. A son arrivée, je constate une tuméfaction du Douglas, douloureuse et tendue à droite, dure et moins sensible à gauche. L'utérus est gros, mou, et le col amolli admet le doigt ; il est refoulé vers le pubis. La température oscille entre 38° et 39° et le pouls bat à 110 ou 120. L'abdomen est ballonné, surtout à l'hypogastre et dans les fosses iliaques. La langue est sèche et l'inappétence absolue. Le diagnostic de grossesse extra-utérine rompue et d'hématocèle en voie d'infection s'impose.

En raison de l'incertitude des premiers symptômes et de la complexité des lésions pelviennes, je renonce à l'idée d'une simple colostomie et je décide de recourir à la laparotomie.

L'opération fut pratiquée sans tarder, deux jours après l'arrivée de la malade. Le péritoine incisé, je trouvai le bassin fermé à sa partie supérieure par de l'épiploon et des anses grêles agglutinées, à droite par le cæcum soulevé par une

collection hématique importante. Cette collection récente occupait une partie de la fosse iliaque droite et toute la moitié droite du bassin, et renfermait un liquide épais, noir et poisseux. Ce liquide extrait par des compresses, il reste appendu au ligament large et au contact de l'ovaire un tractus tuméfié qui n'est autre chose que la trompe. Quelques adhérences, maintenant cette trompe en arrière du ligament large, sont facilement rompues ; l'organe est extrait par les doigts sans aucune effraction. La trompe, très tuméfiée et globuleuse dans sa moitié terminale, ne porte aucune trace de rupture. Dans son orifice abdominal se trouve un caillot noir assez consistant et adhérent aux franges du pavillon. Le tiers externe de la trompe droite a le volume d'une petite mandarine et une consistance demi-molle.

L'utérus est fixé par des adhérences postérieures aux parois pelviennes. C'est en dégageant ces adhérences organisées et épaisses que le doigt ouvre à gauche, au contact du rectum, une autre collection sanguine plus ancienne, où se rencontre un liquide hématique épais et grumeleux, autour de l'ovaire gauche et de la trompe correspondante. Cette cavité d'hématocèle, beaucoup plus réduite que celle primitivement ouverte du côté droit, en est séparée nettement par une cloison épaisse et complètement étanche, divisant le pelvis en deux parties. L'ovaire et la trompe sont aisément détachés de leurs connexions. La trompe apparaît avec une tuméfaction terminale du volume d'une figue fraîche, portant sur son bord supérieur une rupture, entre les lèvres de laquelle se trouve un caillot adhérent. Il est manifeste qu'il s'agit d'une grossesse tubaire rompue depuis quelques semaines.

En raison de l'infection probable de la collection hématique pelvienne et de la nécessité d'un bon drainage, je me décide à faire l'hystérectomie abdominale totale, qui est exécutée rapidement sans incidents. Un drainage vaginal du bassin est ensuite institué, puis la péritonisation haute est exécutée, afin d'extérioriser toute l'étendue des cavités hématiques. Drainage abdominal.

Les suites de cette intervention ont été fort simples et exemptes de complications. La température, dès le lendemain, tombait au-dessous de 37° et se maintenait désormais à ce chiffre. Le pouls s'abaissait au-dessous de 100. Les drains étaient supprimés au bout de trois à quatre jours et la guérison s'effectuait dans les trois semaines. Après ce laps de temps, la malade pouvait rentrer chez elle bien guérie.

L'examen de l'utérus et des annexes révèle des particularités intéressantes. L'utérus est mou, œdématié, de cavité

élargie, tapissée par une muqueuse de faible épaisseur. Cette muqueuse semble s'être reconstituée, tout au moins en partie, depuis le curettage récent. Elle est boursouflée, tomenteuse au niveau de l'ostium élargi correspondant à la trompe gauche. L'ostium de la trompe droite est rétracté et la muqueuse qui le borde est mince, comme atrophiée.

La trompe gauche se trouve renflée dans sa moitié externe en une masse demi-molle, sorte de cavité kystique que par expression on vide d'une certaine quantité de sang noir s'écoulant par l'orifice abdominal et par la portion interne salpingienne vers l'utérus. C'est là l'origine de l'écoulement sanguin utérin persistant qui épuisait la malade. Le kyste incisé sur la face supérieure montre à l'intérieur, adhérent par une surface large comme une pièce de deux francs, un œuf noyé dans des caillots adhérents, représentant une grossesse de six semaines environ. La muqueuse des parois du kyste est plissée, épaisse, villeuse ; elle garde ces caractères, bien qu'atténués, dans la portion interne de la trompe où la lumière de l'organe semble un peu dilatée et la paroi légèrement amollie.

La trompe droite porte les traces plus anciennes d'une grossesse ectopique rompue. La portion externe est renflée et le pavillon présente des franges agglutinées. On remarque sur le bord postérieur du kyste fœtal une déchirure de un centimètre d'étendue comblée par un caillot adhérent. Après section longitudinale, on trouve dans la trompe dilatée des caillots adhérents et des parois infiltrées, où l'on ne reconnaît plus les limites et les caractères de la muqueuse. Sans aucun doute, après rupture, l'œuf a été expulsé dans le pelvis, où il a été résorbé. Il s'agissait aussi probablement d'une grossesse ectopique de six semaines environ au moment de la rupture.

Au microscope, on reconnaît, sur la muqueuse des deux trompes, les caractères ordinaires et distinctifs des grossesses tubaires, avec des villosités parfaitement distinctes.

L'interprétation des constatations faites pendant l'opération et à l'examen des pièces anatomiques est facile et simple. Il existait chez notre malade deux grossesses tubaires simultanées, de dates un peu différentes toutefois. Entre les deux fécondations, il pouvait y avoir deux à quatre semaines environ d'intervalle, ainsi que le démontrent la succession des faits pathologiques, les symptômes impressionnants de la rupture et l'aspect des trompes. L'arrêt de l'évolution des kystes fœtaux s'est opéré à peu près à la même époque de la conception, c'est-à-dire six semaines environ après la greffe ovulaire.

Du côté droit, le kyste fœtal s'est rompu au lieu d'élection, provoquant une hématocèle d'abondance et d'importance moyennes, qui s'est collectée autour de la trompe malade, dans la partie droite du pelvis, s'entourant rapidement d'adhérences limitantes. C'est là la destinée habituelle et bien connue des grossesses tubaires, qui se terminent silencieusement après le coup de théâtre initial toujours bruyant de la rupture.

Du côté gauche, le kyste fœtal ne s'est pas rompu, et il s'est produit par suite de la nutrition insuffisante de l'œuf inséré sur les parois de la trompe une apoplexie, un arrêt dans l'évolution de la grossesse. Il y a eu alors avortement tubaire, avortement tubo-abdominal. L'œuf restant adhérent n'a point été expulsé par l'orifice abdominal salpingien, avec le sang jusque dans le péritoine, où il aurait subi la résorption ; il est resté emprisonné dans le kyste salpingien. C'est là un fait moins rare qu'on ne le suppose, d'avortement tubo-abdominal avec rétention tubaire.

OBSERVATION XXX

(M. Henri Burty, rapportée par M. Rousseau.- *Société des Chirurgiens de Paris*, Janvier 1910)

Grossesse extra-utérine double rompue à droite, non rompue à gauche. Opération. Guérison

Mme F..., 34 ans, a été réglée à 11 ans. De 11 ans à 24 ans, les règles ont toujours été normales et non douloureuses. A 24 ans, mariage. Dix mois après naît un premier enfant, accouchement normal, allaité par la mère.

Depuis lors, vie génitale très active et absolument régulière. En dix ans, cette femme accouche et nourrit sans fatigue six enfants, tous vivants, tous en parfaite santé, le dernier-né a quinze mois. De tout temps elle jouit d'une santé excellente et elle voit un médecin pour la première fois vers la fin d'octobre 1908. Voici dans quelles circonstances : à la fin du mois de septembre, le samedi 26, vers 5 heures après-midi, en pleine santé, en pleine activité, Mme F... est terrassée par une violente crise de douleurs abdominales et surtout lombaires. Cette crise dure quatre ou cinq heures et ne laisse derrière elle qu'une fatigue générale, une sensation de pesanteur pel-

vienne qui gênent la malade sans pourtant l'empêcher de faire son métier, cependant pénible, de chiffonnière.

13 octobre 1908. — Quinze jours après la visite sus-indiquée, les règles font leur apparition ; mais, contrairement à l'habitude, elles sont douloureuses et ne cessent que pour laisser la place à un écoulement sanguin très léger mais qui ne tarit pas.

31 octobre. — Vers quatre heures de l'après-midi, comme la première fois, la malade est prise brusquement de nouvelles douleurs pelviennes et lombaires, analogues, mais beaucoup plus violentes que lors de la première crise. Elles s'accompagnent de sueurs froides, nausées et vomissements bilieux, vertiges et menaces de syncope répétées. Cette situation inquiétante dure cinq heures puis laisse la malade anéantie et perdant toujours, avec du sang noirâtre, des caillots fétides en assez grande quantité. A ce moment, quatre médecins sont appelés successivement auprès de la malade, émettent quatre opinions différentes, prescrivent des traitements qui calment la douleur, mais sans arrêter l'hémorragie. Un cinquième médecin appelé émet l'hypothèse d'une grossesse extra-utérine et décide de faire entrer la malade à l'hôpital.

Le 13 novembre, dans un état assez précaire, la malade entre à l'hôpital. Le traitement, morphine et glace, avec huile camphrée, parvient à calmer les douleurs, mais l'hémorragie continue ; le pouls, qui était bon jusque-là, semble fléchir ; le 17 au matin, la température est de 37°4 axillaire. L'opération est décidée d'urgence.

A ce moment, un examen minutieux permet de constater que le ventre ballonné est extrêmement douloureux au palper. Au toucher, on sent l'utérus nettement refoulé sous le pubis par une masse semi-fluctuante qui bombe dans le cul-de-cas de Douglas et permet de sentir de la crépitation sanguine.

Malgré l'absence de température élevée dans le cas de phlegmon du ligament large, malgré la conviction que j'ai d'être en présence d'une grossesse ectopique rompue, je me décide à faire d'abord une colpotomie avant d'ouvrir par la voie haute une collection hématique problématique.

La colpotomie donne issue à un flot de sang noirâtre. Il n'y a pas à hésiter. Rapidement je tamponne le vagin et j'aborde la voie haute.

Opération. — Dès l'ouverture du péritoine, la trompe droite apparaît grosse comme le poing, enveloppée d'une grande quantité d'adhérences jeunes avec les anses grêles. Dès qu'on tente

de la décoller, elle se rompt et j'en retire des caillots, du sang poisseux analogue à du raisiné et des débris de tissus nettement d'aspect placentaire. La trompe est extirpée par morcellement ainsi que l'ovaire droit.

La trompe gauche apparaît alors plus petite. Grosse comme une orange, elle est noirâtre comme la droite, très friable, mais moins que la droite, puisqu'elle n'éclate qu'au moment où je place la pince pour la sectionner, et parmi les caillots on voit nettement l'œuf gros comme une bille.

Systématiquement, je fais l'hystérectomie sus-vaginale et, après péritonisation du moignon cervical, nettoyage soigné des surfaces suintantes, je place un drain en verre, une mèche intérieure et rapidement je suture en un seul plan la paroi.

Le drainage enlevé après quarante-huit heures, les fils quinze jours après, la malade se remonte avec une rapidité extrême et sort guérie le 13 décembre 1908, soit juste vingt-six jours après son opération. Le 19 décembre, elle vient « seule », en tramway, nous montrer une cicatrice solide et nous remercier. Il nous semble permis de conclure que, en présence de symptômes complexes semblables à ceux présentés par notre malade, le chirurgien doit avoir présente à l'esprit la possibilité d'une grossesse extra-utérine et l'opérer le plus précocement possible.

Enfin, notre cas doit s'ajouter à la liste des grossesses extra-utérines doubles, car à l'unanimité des témoins de l'opération, malgré que l'œuf droit n'ait pas été trouvé, la présence du placenta dans la trompe n'était pas douteuse.

*
* *

c) *Les grossesses extra et intra-utérines simultanées* ont été étudiées dans une thèse récente passée à Nancy (N. Fingova). Dans 20 cas, la grossesse ectopique était seule interrompue, la grossesse utérine allant à terme ou presque. Dans 50, elle était interrompue la première. Dans 18 autres cas, les deux fœtus étaient morts en même temps. Dans ce total, nous relevons seulement 11 cas dans lesquels il y eut rétention de l'œuf avec continuation de la grossesse utérine, et 2 cas dans lesquels la grossesse nor-

male fut interrompue par l'intervention opératoire. Sur ce total de 13 cas, 3 cas de résorption de l'œuf. Les observations très résumées ne mentionnent pas si l'examen histologique a été fait et comment cette résorption a été constatée. Cependant le fait est nettement affirmé.

Dans tous les autres cas, il y eut avortement avec rétention ; dans un cas, le fœtus était mort à deux mois, dans un autre à quatre mois. Sauf la difficulté du diagnostic, il ne semble pas qu'il y ait rien de particulier dans le tableau clinique de ces rétentions.

OBSERVATIONS (XXXI)

(Thèse de M. Fingova)

Observation 1

(John Hogden. — Saint-Louis, *Med. and surgery Journal*, 1873)

Femme de 31 ans, primipare. Le second fœtus constaté pendant l'accouchement après la sortie du fœtus utérin. Mère guérie.

Fœtus intra-utérin : à terme.
Fœtus extra-utérin mort : résorbé.

Observation 2

(Dumolard. — *Journal med. et pharmacy*, 1880)

Femme de 27 ans, O-pare, douleurs et phénomènes péritonéaux pendant le troisième mois. Mère guérie.

Fœtus intra-utérin : vit.
Fœtus extra-utérin : résorbé.

Observation 3

(Harrimann. — *Transaction of New-Hampshire médic. Society*, 1889)

Femme de 32 ans, O-pare ; la grossesse extra-utérine est reconnue après la naissance du fœtus intra-utérin. Mère guérie.

Fœtus intra-utérin : mort-né à terme.
Fœtus extra-utérin : résorbé.

Observation 4

(Rosset. — *The american pratic.*, 1876)

Femme de 27 ans, I-pare. Douleurs vives et tumeur reconnue pendant la grossesse. Mère guérie.

Fœtus intra-utérin : mort-né à terme
Fœtus extra-utérin mort : expulsé par l'utérus deux mois après l'accouchement.

Observation 5

(Moulonguet. — *Gazette médic. de Picardie*, 1902)

Femme, II-pare. Violentes douleurs pendant la grossesse. Pas d'hémorragie.

Fœtus intra-utérin vit : à terme.
Fœtus extra-utérin : mort à deux mois.

Traitement : laparotomie, ablation de la trompe gauche qui contenait un fœtus mort de deux mois.

Observation 6

(Bichat. — *Revue de Gynécologie et de Chirurgie abdominale*, 1903)

Femme de 28 ans, V-pare ; douleurs pendant la grossesse. Constatation d'une tumeur liquide après l'accouchement. Mère guérie.

Fœtus intra-utérin : vit.
Fœtus extra-utérin : mort.

Traitement : laparotomie deux mois et demi après l'accouchement ; ouverture d'une poche adhérente à la paroi contenant du liquide noirâtre et des débris placentaires. Drainage.

Observation 7

(Bichat et Marchal. — *Revue médic. de l'Est*, 1909)

Femme de 29 ans, III-pare. Apparition brusque de phénomènes péritonéaux. Mère guérie.

Fœtus intra-utérin (jumeaux) : vivent à terme.
Fœtus extra-utérin : mort.

Traitement : laparotomie, extirpation du sac fœtal.

Observation 8

(Haim. — *Prazer Medig, Wochenschrift*, 1910)

Femme de 32 ans, II-pare ; douleurs vives dans le ventre, vomissements, syncope. Mère guérie.

Fœtus intra-utérin : vit, à terme.
Fœtus extra-utérin : mort.

Traitement : laparotomie la sixième semaine de la grossesse. Extirpation de la trompe gravide.

Observation 9

(Gardner. — *Medic. record*, 1905)

Femme de 40 ans, II-pare. Douleurs et hémorragies dès le début de la grossesse. Constatation d'une tumeur dans la fosse iliaque droite et d'un utérus augmenté de volume. Mère guérie.

Fœtus intra-utérin : mort. Avortement au quatrième mois, le surlendemain de l'opération.
Fœtus extra-utérin : mort.

Traitement : laparotomie, extirpation du sac fœtal.

* * *

d) *Rétention forcée.* — Une observation toute récente que nous donne M. le professeur Vautrin nous permet de décrire une variété clinique inconnue jusqu'alors dans la gynécologie : la rétention forcée. Il s'agit d'un cas dans lequel la

rétention eut lieu en raison d'adhérences inflammatoires antérieures favorisant non seulement la greffe de l'œuf en situation ectopique, mais encore sa rétention dans la cavité qui le contenait. Les franges du pavillon étaient en effet exactement appliquées contre l'ovaire, leurs adhérences étaient telles que toute communication salpingo-abdominale était absente et par conséquent, l'avortement tubo-abdominal était impossible. La première hypothèse émise par M. le professeur agrégé Fairise, celle d'une grossesse postérieure à l'inflammation annexielle, nous semble la plus probable, si on corrobore les renseignements cliniques. La femme avait eu constamment des règles irrugulières; elle avait souffert de métrite depuis son accouchement; tout son passé génital est en faveur de l'hypothèse d'une salpingo-ovarité antérieure à la grossesse. Le second fait curieux de cette histoire clinique est l'existence d'une hématocèle. D'où vient-elle ? Il n'y avait pas de rupture tubaire, l'examen macroscopique et microscopique n'a pas permis d'en déceler. D'autre part, le sang, nous l'avons dit, n'a pu venir de la cavité salpingienne. On ne peut qu'émettre des hypothèses sur son origine. Y a-t-il eu rupture d'un follicule de de Graaft; on sait que la déhiscence du follicule peut amener à elle seule une hémorragie assez abondante; mais il n'y avait pas trace de cicatrice à la surface de l'ovaire et cependant l'hémorragie était de date récente, et d'après l'histoire clinique semblait remonter à quinze jours auparavant, c'est-à-dire à la date d'une hémorragie vaginale concomitante.

Il est probable qu'il s'est fait dans le foyer d'inflammation chronique qui englobait la trompe et l'ovaire des zones de congestion et d'hyperhémie, ainsi qu'en témoi-

gnent les nombreux foyers hémorragiques disséminés dans les tissus et la présence de vaisseaux également nombreux et atteints de vascularite. Cette hypothèse explique à la fois l'hémorragie dans le corps jaune et celle qui constitue l'hématocèle. L'existence de la grossesse ectopique suffit à justifier ce caractère hyperhémique des tissus annexiels déjà précédemment enflammés. De plus, le corps jaune volumineux, plus gros qu'un corps jaune de grossesse qu'on a trouvé à l'intervention, a eu une influence probable dans la production de ces phénomènes congestifs.

Quoi qu'il en soit, c'est un mécanisme de plus pour la production des hématocèles sans rupture de la trompe, et il sera curieux dans la suite de vérifier s'il ne s'agit que d'un cas absolument exceptionnel ou d'un mécanisme corollaire de ceux antérieurement connus.

OBSERVATION XXXII

(Professeur Vautrin)

Rétention tubaire forcée

Mme V..., demeurant à Ménil-la-Tour, âgée de 35 ans, entrée le 1er mai 1918. Femme de santé délicate, mariée, mère d'un enfant de 7 ans, né à terme. Pas d'avortements.

Très anémiée depuis longtemps. A 15 ans, signes de tuberculose des sommets. Hémoptysie, traitée et améliorée dans la suite.

Réglée à 18 ans et demi. Règles douloureuses, irrégulières. Depuis son accouchement, a souffert de métrite. En général santé passable. Fonctions digestives normales.

En mai 1917, la malade a eu une suspension de règles de deux mois. Depuis cette époque, douleurs abdominales, surtout dans la fosse iliaque gauche. Règles toujours très douloureuses.

Le 24 décembre 1917, règles habituelles. Le 14 janvier, les règles suivantes apparaissent. Le 17 février, règles. Le 19 mars, dernières règles abondantes, sans manifestations douloureuses notables, mais depuis cette époque, métrorragies continues, sans excès, avec douleurs intermittentes.

A continué son travail malgré les accidents précédents. Au 20 avril, moment correspondant aux règles, perte sanguine très abondante, avec recrudescence de douleurs abdominales à gauche.

Les pertes continuent ainsi que les douleurs jusqu'à l'entrée à l'hôpital.

1er mai : examen. — La malade n'accuse pas de douleurs vives dans le ventre, mais plutôt des crises intermittentes de souffrance dans la partie gauche du pelvis.

Elle n'est pas très anémiée, son appétit est conservé ; il n'y a aucune défense musculaire abdominale ; les fonctions digestives et rénales sont normales.

Analyse des urines : normale.

L'écoulement sanguin vaginal est d'abondance moyenne, plus accentué la nuit. Sang de couleur noirâtre, par moments d'aspect lochial. Il existe nettement des coliques salpingiennes, correspondant aux décharges de sang vaginal.

Apyrexie complète. Pouls à 80 ou 90.

Palper abdominal : paroi souple, dépressive, sans défense. Au-dessus du pubis et à gauche, on perçoit une tuméfaction irrégulière, peu douloureuse, qui s'étend jusqu'à la fosse iliaque gauche. Rien à droite.

Toucher vaginal : col assez mou, gros, légèrement ouvert. Col relativement petit, résistant, en latéro-position droite.

La corne gauche se continue manifestement avec la tuméfaction sentie par le palper. Le toucher bi-manuel permet de constater que l'utérus est peu mobile et que la tuméfaction est cause de la déviation et qu'elle dépend des annexes gauches. Douglas en apparence libre. Cul-de-sac latéral droit libre. Cul-de-sac antérieur occupé dans sa partie gauche par la tuméfaction.

Diagnostic : grossesse tubaire gauche, arrêtée dans son évolution fin mars. Rétention ovulaire dans la trompe. Hémorragies consécutives.

Une laparotomie s'impose, en raison de l'importance croissante des pertes et des douleurs.

Opération le 6 mai. Chloroforme.

Incision sur la ligne médiane.

Tuméfaction irrégulière et bosselée enfouie sous l'épiploon

adhérent. Kystes séreux environnant la tuméfaction salpingienne. On voit le fond utérin dans le fond du pelvis à droite. Les annexes droites sont saines. On se rend compte que la tuméfaction bosselée s'est développée aux dépens des annexes gauches. En dissociant les adhérences, on sépare l'épiploon, le côlon pelvien, le rectum des annexes, puis le doigt glissé au fond du Douglas limite la portion inférieure de la tumeur qui est extraite du pelvis sur un lit de compresses. Ce faisant, on note au-dessous de la tumeur, à mi-hauteur du pelvis et circonscrite par une anse du côlon pelvien, l'existence d'une cavité grosse comme une mandarine, limitée par une membrane renfermant d'anciens caillots réduits à l'état de bouillie fibrineuse. Cette cavité représente une ancienne hématocèle datant de plusieurs semaines probablement. Plus profondément, le Douglas apparaît libre avec son aspect de séreuse brillante. La tumeur comprend plusieurs nodosités kystiques du volume d'une noix chacune, qui représentent des cavités développées dans l'ovaire gauche. Une de ces cavités renfermait un contenu hématique avec coloration de la paroi épaissie (corps jaune de grossesse probable).

En dehors de ces dilatations kystiques, on remarque que la trompe est distendue à son extrémité ampullaire, tandis que dans sa portion isthmique et juxta-utérine, son aspect est celui d'une trompe normale dure et épaissie.

A travers la paroi distendue de la trompe ampullaire, apparaît une teinte brune hématique. En incisant la trompe, dont la disposition est piriforme à grosse extrémité dirigée en dehors, on constate l'existence, dans la cavité salpingienne, d'une masse de caillots concrétés, renfermés dans une sorte de membrane jaunâtre. Du côté interne, au point de section, cette masse est limitée par une portion perméable de la trompe qui paraît épaisse avec un orifice béant. La portion ampullaire de la trompe adhère à l'ovaire étalé et kystique. De ce côté, tout orifice salpingien a disparu, indiquant l'impossibilité d'un avortement par cette voie.

L'opération consiste dans l'ablation des annexes gauches à l'aide de deux ligatures. Les caillots libres dans la cavité de l'hématocèle sont enlevés, puis un drain de gros calibre est laissé dans le Douglas, entouré de deux mèches de gaze aseptique. Suture de la paroi.

Suites opératoires : ablation des mèches au bout de cinq jours. Le liquide qui s'écoule du ventre est chargé de débris hématiques odorants.

Le dixième jour, le liquide est simplement purulent et diminue progressivement.

Apyrexie et retour de l'appétit.

La guérison s'accuse de jour en jour. Le drain est peu à peu raccourci.

Le 25 mai, la cicatrisation est prochaine. Au moment où cette observation s'arrête, la fistule abdominale n'a plus que quatre centimètres de profondeur.

Le 7 juin, elle est presque fermée.

Examen anatomo-pathologique

(Professeur Fairise)

I. — Examen macroscopique

La pièce anatomique est une masse du volume d'un œuf, d'aspect charnu, avec, en un point, une sphère de deux centimètres de diamètre, dessinant une saillie. Cette sphère est pourvue d'une paroi fibreuse et d'un contenu hémorragique. Si l'on pratique une coupe longitudinale de la masse principale, on rencontre en plusieurs points des sections normales ou obliques de la trompe devenue très flexueuse. Vers un pôle, se trouve une cavité irrégulièrement ellipsoïde, dont le grand axe est de deux centimètres, le petit de un centimètre, à paroi fibreuse de trois à quatre millimètres, à contenu hémorragique. Autant qu'il est possible d'en juger, cette cavité est au voisinage de la substance ovarienne reconnaissable à ses vaisseaux tortueux et à de nombreuses petites cavités kystiques.

II. — Examen microscopique

La substance ovarienne est enflammée, fibreuse par endroits, présentant çà et là des nids d'infiltration leucocytaire. De nombreux kystes de dimensions très variables avec une paroi lisse et un épithélium cubique clair parsemant les coupes (K. folliculaires). L'albuginée est fort épaissie. Il s'agit d'un ovaire chroniquement enflammé.

Le kyste hémorragique saillant à la surface de la pièce comprend une paroi fibreuse doublée à sa face interne par une abondante couche de caillot sanguin en partie organisée. A la jonction des deux couches, en quelques rares points, on peut

découvrir certains éléments rappelant l'épithélium du corps jaune.

La cavité à contenu hémorragique située en pleine masse est bien placée au voisinage de l'ovaire, au sein d'un tissu inflammatoire chronique pourvu de très abondants faisceaux collagènes et de nombreux foyers leucocytaires. La paroi est fibreuse avec quelques fibres musculaires et des vaisseaux abondants. A sa face interne se trouvent des caillots en partie organisés, et de place en place quelques éléments épithéliaux rappelant les cellules de Langhans et des grandes masses syncitiales. Sans aucun doute, il s'agit du développement d'une grossesse ectopique. La masse principale de la pièce est formée par un magma inflammatoire englobant une trompe fort flexueuse, enflammée, épaissie, dilatée par endroits, rétrécie en d'autres points. Les vaisseaux sont très nombreux, de fort volume et atteints de vascularite. Il existe de nombreux foyers hémorragiques dans le tissu.

III. — Interprétation

L'exposé succinct de ces lésions nous permet de conclure qu'il existe dans le cas qui nous occupe deux choses :

a) Une salpingo-ovarite avec péri-salpingo-ovarite ;

b) Une grossesse ectopique dont le siège exact est difficile à bien fixer. Cette grossesse est au voisinage de l'ovaire, mais d'autre part les fibres musculaires qui la circonscrivent semblent indiquer qu'elle n'est pas absolument indépendante de la trompe, ou tout au moins du pavillon frangé.

Cette gestation ectopique peut être salpingienne, salpingo-abdominale ou salpingo-ovarienne.

Quant au développement de cette grossesse anormale, il est permis de faire deux hypothèses :

a) Ou bien il existait préalablement à la fécondation d'un ovule dans la trompe (à l'extrémité de celle-ci ou sur une adhérence salpingo-ovarienne ou à la surface de l'ovaire), une inflammation ovarienne salpingée accompagnée de péri-salpingite et de périovarite. Cet état inflammatoire a pu favoriser la greffe de l'ovule fécondé en situation pathologique. D'autre part, sous l'influence du développement de la grossesse ectopique et des troubles vasculaires congestifs qui l'accompagnent, les phénomènes inflammatoires se sont accusés, revêtant un caractère hyperhémique allant jusqu'à l'hémorragie dans un corps jaune et dans le tissu néoformé. Dans cette

hypothèse, la salpingo-ovarite serait le « primum movens » de la fécondation en position vicieuse et du développement d'un œuf ectopique. L'état scléreux de l'ovaire, avec kystes folliculaires multiples, avec corps jaune kystique pourvu d'une paroi sclérosée semble témoigner de l'antériorité des lésions ovariques.

b) Dans une deuxième hypothèse, la greffe au voisinage de l'extrémité de la trompe (il est impossible de préciser en quel point exact) d'un ovule fécondé se serait faite sous une influence autre, inconnue dans son essence même. La présence du kyste fœtal aurait déterminé des phénomènes compressifs ou hyperhémiques amenant en fin de compte un état inflammatoire de l'ovaire et de la trompe.

La première hypothèse semble la plus raisonnable : une grossesse ovarienne, tubo-ovarienne ou salpingienne au voisinage du pavillon frangé s'est développée à la faveur d'un état inflammatoire de la trompe, de l'ovaire et des tissus du voisinage. Du fait de cette grossesse, les lésions inflammatoires ont acquis des caractères hyperhémiques manifestes. (Corps jaune hémorragique, hémorragies tissulaires.)

***

c) Enfin, nous apportons un cas très curieux de notre Maître, M. le professeur Vautrin, dans lequel une rétention a eu lieu dans une trompe laissée en place après hystérectomie vaginale.

OBSERVATION XXXIII

(M. Vautrin. — *Revue médicale de l'Est*, 1906, p. 256)

Grossesse salpingienne survenue après l'hystérectomie vaginale Avortement. Rétention

En 1891, j'avais extirpé par morcellement vaginal un fibrome utérin du volume d'une tête de fœtus à terme, à une femme de 29 ans, qui avait subi des poussées de salpingite. L'extirpation du fibrome avait été assez facile, mais, en raison des adhé-

rences pelviennes, une bonne partie de la trompe gauche et l'ovaire correspondant avaient été abandonnés dans le bassin.

Après sa guérison, la malade conserva des règles un peu irrégulières et presque insignifiantes. Consulté sur ce fait anormal, je vérifiai que la trompe était restée ouverte dans sa cicatrice vaginale et qu'elle laissait suinter de temps en temps un peu de sang. La malade avait quitté ensuite Nancy pour aller habiter dans le département des Deux-Sèvres. Elle me fut adressée d'urgence en 1900 par son médecin, pour des accidents singuliers abdominaux.

Rentrée dans sa famille à Nancy, je l'examinai et constatai une tumeur pelvienne. Par l'orifice vaginal salpingien s'écoulait un liquide brun fétide. Il y avait des frissons et un état de septicémie marqué.

Un stylet introduit dans la trompe m'indiqua une rétention dans cette trompe.

Je débridai l'orifice, le dilatai, et je pus extraire d'une cavité assez vaste des caillots et des débris putréfiés d'un fœtus de trois mois environ. Il était donc survenu chez cette femme une grossesse tubaire suivie d'un avortement tubo-vaginal. La guérison fut simple. Si l'opération du morcellement vaginal n'était presque abandonnée, le fait précédent serait un argument de plus en faveur de l'hystérectomie abdominale qui permet de ne pas laisser dans le bassin des débris adhérents de trompe ou d'ovaire.

4° EVOLUTION CLINIQUE ET COMPLICATIONS

Nous avons vu dans les formes cliniques de l'affection, par l'histoire des malades, comment évolue une grossesse tubaire. Il nous reste à synthétiser l'étude de ces diverses évolutions en un exposé concis.

A. — Résorption de l'œuf

Dans son article sur les fausses couches tubaires (juin 1914), M. le professeur Vautrin parle de la résorption de l'œuf : « Assez rarement, dit-il, l'œuf est retenu dans la partie ampullaire de la trompe, où il peut séjourner plus ou moins longtemps en état de rétention, mettant à se résorber des semaines et des mois. » Et plus loin : « La rétention tubaire aseptique guérit par résorption complètement avec retour des fonctions normales. »

Certaines conditions sont nécessaires pour que la résorption se produise :

a) Que l'œuf soit très jeune; ce sont les fausses couches tubaires des premières semaines, qui se résorbent le plus facilement, en raison de la petitesse de l'œuf mort;

b) Que l'hémorragie qui accompagne l'avortement soit de faible quantité. Un épanchement abondant cause la rupture ou bien irrite la trompe et détermine des contractions qui aboutissent plus ou moins tôt à l'expulsion de l'œuf.

Les cas les plus favorables sont ceux où l'œuf est mort sans qu'aucune hémorragie se produise;

c) Que l'œuf soit greffé dans la portion ampullaire.

La fréquence de cette évolution est difficile à établir, car la plupart des cas de rétention avec résorption restent méconnus à cause de la bénignité des symptômes. Lejars insistait déjà sur ce fait en 1904 et décrivait des formes d'avortement jeune dans lesquels un peu de sang seul restait dans la trompe. Dans ces formes, les renseignements fournis par l'anamnèse permettaient de poser le diagnostic de grossesse tubaire. Ce sont ces guérisons spontanées qui passent fréquemment pour des fausses couches vulgaires.

Il est probable que beaucoup d'ovules fécondés, greffés dans la trompe, s'étiolent par défaut d'apport nutritif ou par insuffisance du corps jaune. Après une existence éphémère, ils sont résorbés sur place.

B. — Rupture secondaire de la trompe

La rupture peut ne pas être primitive. Une fois l'œuf mort, il n'y a plus évidemment possibilité d'amincissement de la paroi par les villosités choriales; mais le processus de rupture par distension mécanique peut encore se produire. L'apport successif de couches sanguines, en augmentant le volume de l'hématome, rompt secondairement la paroi d'une trompe jusqu'alors tolérante. Les cas de fissurations successives en sont une preuve très nette et montrent nettement la transition entre la rétention et la rupture. Il est aussi des cas où la trompe se rompt au moment de l'intervention, soit quand le chirurgien saisit l'organe, soit quand il applique la pince sur le pédicule; ces faits prouvent qu'une distension plus grande ou un léger traumatisme aurait rompu prochainement, si l'on

n'était intervenu, une paroi aussi fragile. Il est infiniment probable que bien des cas de rétention auraient abouti à la rupture si une opération n'avait mis fin au processus.

La rupture secondaire entraîne les mêmes conséquences que la rupture primitive : shock, hématocèle, inondation péritonéale. Nous n'y insistons pas. Disons seulement qu'en général, la rupture n'est pas si soudaine ni aussi cataclysmique. La rétention a donné lieu à des symptômes souvent assez graves qui ont nécessité des soins antérieurs et une observation minutieuse de la malade, même au cas où le diagnostic n'avait pas été posé; l'hémorragie quoique subite surprend moins et de plus est en général moins abondante.

C. — Avortement tubo-abdominal

Le bel exemple de Charrier nous montre le processus actuellement connu. « L'avortement tubo-abdominal, nous dit M. le professeur Vautrin, est signalé par un appareil symptomatique assez imposant, qui traduit la chute de l'œuf détaché dans le pelvis, avec production d'une hématocèle d'importance variable. »

Il peut être également primitif, c'est-à-dire qu'il a lieu aussitôt après l'avortement. Dans les cas de rétention, les coliques salpingiennes peuven amener secondairement la migration de l'œuf à travers l'ostium abdominale; ou bien l'œuf était au début partiellement désinséré, et ce sont des décollements successifs qui, en le désinsérant totalement, ont permis son expulsion.

Deux conditions sont nécessaires à ce processus :

a) la dilatation de l'orifice abdominal;

b) le reploiement des franges du pavillon.

Le processus d'agglutination des franges décrit par Blanc-Sutton s'opposerait au passage de l'œuf, en constituant une fermeture hermétique.

Une autre condition sinon nécessaire favorise au moins beaucoup le processus : c'est le siège de la grossesse dans la portion externe de la trompe.

D. — Avortement tubo-utérin

Cette terminaison appartient surtout aux grossesses intestitielles et ampullaires. Surtout les grosses tubaires jeunes, situées dans la portion interstitielle ou même dans l'ampoule, peuvent être expulsées après une rétention plus ou moins longue. L'œuf est rejeté avec du sang; souvent une partie du sang reste et se trouve résorbée par la suite ou constitue un hématosalpinx. Le professeur Vautrin a vu des expulsions par voie utérine d'œuf en état de rétention probablement isthmique. On comprend que le péristaltisme salpingien suffira à assurer l'expulsion par voie naturelle dans bien des cas.

E. — Infection

L'infection salpingienne dans la rétention tubaire peut être antécédente ou acquise. Antécédente : il s'agit d'une trompe antérieurement malade par infection gonococcique. Cette infection prolongée a peut-être joué un rôle, non seulement dans la production de la grossesse ectopique, mais encore dans celle de l'hémorragie; en diminuant la vitalité des tissus et en causant, d'après la loi de Stokes, la paralysie de la couche musculaire sous-jacente à la muqueuse infectée, elle favorise l'inertie. L'infection pro-

duit donc un cercle vicieux, car le sang épanché dans l'organe constitue une proie nouvelle et facile à l'élément microbien.

Acquise, ce sera le plus souvent une infection nouvelle d'origine ascendante. Quelquefois, plus rarement, amenée par voie sanguine. Dans le cas de rétention avec hématocèle, les causes infectieuses sont les mêmes que pour toutes les hématocèles quelle que soit leur origine.

Les symptômes sont ceux de toute salpingite. Le plus souvent, le début est insidieux et lent; peu à peu, une tumeur salpingienne dont la nature gravide avait été ou non diagnostiquée, devient plus douloureuse, plus résistante, plus tendue. Elle s'accompagne d'un peu de fièvre dont l'amplitude va croissant sans ateindre jamais un degré plus élevé. Il est plus rare de constater un début plus subit avec frissons, fièvre élevée, douleurs violentes.

La rétention tubaire septique doit plus que tout autre être reconnue rapidement, car elle commande l'ablation de la trompe. Nous en reparlerons au chapitre du traitement.

5° DIAGNOSTIC

Il est très important, et malheureusement souvent très délicat à poser. Au point de vue pratique, le diagnostic des rétentions est différent suivant qu'il y a ou non hématocèle, l'existence de cette dernière modifiant complètement le tableau clinique, alors que le contenu tubaire importe peu.

***

Nous étudierons d'abord les rétentions tubaires sans hématocèle.

Envisageons le cas où la grossesse peut être méconnue et les symptômes attribués à une autre affection, soit annexielle, soit utérine.

1° Grossesse méconnue

L'existence d'une tumeur latérale accompagnée ou non de crises douloureuses ou de pertes vaginales, a pu faire penser à une affection salpingienne ou ovarienne de diverse nature.

A) *Hydrosalpinx.* — Tuttle, Hanhs, en Amérique; Bouilly en France, en 1889 déjà, ont insisté sur les signes différentiels de l'hydrosalpinx et de la grossesse extra-utérine. Le diagnostic est plus délicat encore quand il s'agit d'une rétention jeune, c'est-à-dire d'une tumeur salpingienne de volume stationnaire, à peine douloureuse. Il peut se faire si la grossesse a atteint plus de quatre semaines, par les

antécédents menstruels. Sinon, il ne reste que des signes physiques fort difficiles à interpréter. Généralement, la trompe en état de rétention est un peu plus douloureuse au toucher, moins rénitente, quelquefois irrégulière. Les crises douloureuses sont le plus souvent assez caractéristiques; l'hydrosalpinx s'accompagne plutôt de douleurs sourdes, quelquefois lancinantes, rarement aiguës. Les pertes, telles que nous les avons décrites, sont caractéristiques et n'existent pas dans l'hydrosalpinx.

B) *Hématosalpinx.* — Le diagnostic d'hématosalpinx vrai, sans grossesse tubaire à l'origine, nous semble parfaitement impossible. Il est prouvé actuellement qu'il peut y avoir hémorragie dans la trompe, et même par ses orifices naturels. Louis Bazy l'a démontré. D'autre part, il est certainement des cas dans lesquels l'intervention n'a montré qu'un peu de sang dans la trompe et qui étaient à l'origine des grossesses tubaires, mais les examens histologiques n'ayant pas été faits, elles sont restées méconnues. L'examen macroscopique, souvent même négligé, ne suffit pas pour constater l'absence de débris ovulaires; il faudrait absolument à l'avenir que dans ces cas douteux l'examen microscopique fut toujours fait. Dans les cas où le diagnostic d'hématosalpinx ou de rétention se présente seul à l'esprit, les signes de grossesse seuls et notamment le retard des règles feront croire plutôt à une rétention.

C) *Pyosalpinx.* — C'est, nous le croyons, l'erreur qui est faite le plus facilement en pratique. La femme se présente avec une histoire clinique assez embrouillée; elle a eu dans son passé quelques pertes jaune verdâtre qui

font penser à la gonococcie, mais ses règles sont plus ou moins régulières; on trouve un retard ou quelque autre signe du début de la grossesse. Le toucher montre une tumeur salpingienne un peu douloureuse, arrondie, rénitente, difficilement mobilisable. Il n'y a pas de fièvre. Nous avons vu plusieurs fois de ces cas dans lesquels le diagnostic reste douteux; dans un cas incertain, la malade fit pendant quelques jours une poussée thermique avec recrudescence des douleurs spontanées dans le bas-ventre et sensibilité plus grande au toucher; cette recrudescence d'infection fit faire le diagnostic de salpingite.

Dans un autre cas, l'évolution constamment athermique, la diminution rapide des douleurs, la régression relativement rapide de la tumeur tubaire fit faire le diagnostic de rétention. En général, le diagnostic de salpingite est facilité par l'existence d'une tumeur généralement plus adhérente, moins mobilisable, par la symétrie fréquente de la lésion; chacun sait qu'il est exceptionnel qu'une infection quelque peu ancienne ne soit pas bilatérale, la propagation se faisant au moment des règles par la métrite concomitante. Cependant, la notion seule de l'infection n'est pas suffisante, puisque l'existence de la grossesse tubaire est plutôt facilitée par elle.

Le diagnostic de rétention se fera par l'histoire de la malade, par les pertes antérieures à l'avortement tubaire et surtout par les pertes rouge-chocolat postérieures à l'avortement.

Quant à celui de salpingite tuberculeuse ou de rétention, il semble moins délicat; le jeune âge de la malade, l'évolution longue de l'affection, la coexistence d'autres lésions

organiques de nature tuberculeuse seront en faveur du pyosalpinx.

Les affections ovariennes qui peuvent donner le change sont :

le kyste de l'ovaire;
le fibrome de l'ovaire;
la tuberculose de l'ovaire.

Dans tous ces cas, l'existence d'une tumeur latérale et des pertes rouges égarent le diagnostic, fort délicat par lui-même, de ces variétés. L'étude minutieuse de la douleur qui accompagne l'apoplexie ovulaire, des crises douloureuses qui traduisent les contractions salpingiennes, des pertes couleur brun foncé feront faire le diagnostic.

Ajoutons que dans tous ces cas, où l'on pense à une affection soit ovarienne, soit salpingienne, il faut faire immédiatement l'examen de l'utérus, chercher s'il est augmenté de volume, quel est l'état du col et de son orifice, sa coloration et celle de la muqueuse vaginale; il faut demander aussi à la femme si des signes de présomption tels que nausées, vomissements, lypothymies, picotement dans les seins ne lui avait pas fait supposer qu'elle était enceinte.

Affections utérines. — Il est assez rare qu'une métrite hémorragique banale soit confondue avec une rétention tubaire. Les pertes sont le seul symptôme commun, tous les autres doivent donc faire faire le diagnostic. Cependant, en raison de l'expulsion de la caduque, certains cas de dysménorrhée membraneuse peuvent être confondus

avec des rétentions tubaires. Lecène et Couvelaire ont discuté la question en 1910, à la Société d'Obstétrique de Paris. Nous leur laissons la parole :

« M. Lecène, dans deux cas de dysménorrhée, n'a trouvé que peu de modifications épithéliales. Dans le chorion, il existait des cellules fusiformes et quelques cellules polyédriques. Dans un cas où la clinique pouvait faire penser à l'existence d'une grossesse extra-utérine et la présence d'élément polyédrique pouvait faire pencher le diagnostic dans ce sens, l'opération montra du côté malade un hydrosalpinx, l'autre trompe était lésée; l'auteur fit l'hystérectomie. Dans deux cas de grossesse extra-utérine, les membranes expulsées présentaient aussi des cellules fusiformes et polyédriques comme dans le cas précédent. Dans un troisième cas, le seul positif, la muqueuse avait subi nettement la transformation déciduale. Enfin, dans le cas de grossesse extra-utérine pour lequel M. Lecène intervint et pratiqua l'hystérectomie en raison des lésions annexielles du côté opposé, l'examen de la muqueuse utérine ne montra aucune particularité. »

En résumé, l'examen histologique ne peut donner que des résultats douteux; le plus souvent, il est impossible de conclure.

M. Couvelaire dit que dans deux cas de grossesse isthmique et dans un cas de grossesse ampullaire de deux mois, il était impossible d'avoir une indication diagnostique par le seul examen de débris de muqueuse expulsée. Il a pu examiner la muqueuse éliminée vingt-quatre heures après extirpation d'un sac fœtal, le fœtus étant mort depuis six semaines. L'aspect est celui d'une caduque. Dans un

autre cas, l'examen de l'utérus après hystérectomie (quatre mois après la mort de l'œuf), donna une muqueuse utérine normale. On observe donc des faits disparates; d'ailleurs, la constatation des débris de caduque ne permet pas d'affirmer la greffe de l'œuf en dehors de l'utérus, et l'auteur rapporte une observation de M. Bouffe, de Saint-Blaise, concernant un cas de grossesse utérine dans un utérus didelphe, avec rejet d'une caduque éliminée par l'utérus non gravide.

Dans la dysménorrhée, on peut avoir expulsion de membranes (fibrine globulo-sanguine), ou avec des membranes à structure histologique. L'auteur rapporte une observation de dysménorrhée dans laquelle des examens furent répétés à diverses périodes menstruelles; la première fois, on observe des débris muqueux normaux; la deuxième, des éléments cellulaires ayant le caractère des cellules déciduales; enfin, dans la troisième (débris de curettage), le tissu conjonctif de la muqueuse avait un aspect myxomateux. On ne peut donc se baser uniquement sur l'histologie pour faire le diagnostic de dysménorrhée et de grossesse extra-utérine.

2° Grossesse reconnue

Une grossesse normale ne peut donner lieu à une confusion que si elle est très jeune ou bien s'accompagne de certaines anomalies. Encore est-ce plutôt avec une grossesse extra-utérine en évolution qu'elle sera confondue et non avec une rétention.

Pratiquement, trois cas se présentent :

la grossesse normale jeune;
la grossesse avec latéro-version de l'utérus gravide;
la grossesse angulaire avec rétroflexion.

Nous avons insisté déjà sur l'existence des fausses couches tubaires jeunes, si aisément confondues avec une fausse couche utérine. Quand la grossesse est très jeune, on peut méconnaître l'existence d'une tumeur tubaire souvent petite et qui indique cependant une grossesse ectopique.

Il importe cependant de s'en rendre compte :

D'abord pour éviter un nettoyage utérin intempestif, dans le cas de pertes prolongées avec expulsion ou non de caduque.

Pour connaître l'origine de certains troubles lointains, tels que douleurs latérales persistantes souvent inexpliquées ou infection salpingienne consécutive à une rétention, Lejars insiste avec raison sur le diagnostic de ces fausses couches tubaires jeunes.

Léo, dans une communication à la Société Chirurgicale de Paris, le 15 novembre 1912, donne une très intéressante observation de latéro-version diagnostiquée grossesse extra-utérine. L'auteur avait pensé à un arrêt d'évolution de la grossesse ectopique avec hémorragie rétro-utérine. Quoique le cas fût bien analysé, le diagnostic était impossible. C'est aussi l'opinion d'Olshausen, Baum, Martin, Nagel, Brolse, à la suite d'une discussion à la Société de Gynécologie de Berlin. Nous n'y insistons pas davantage, car c'est plutôt avec une hémorragie rétro-utérine consécutive à une grossesse tubaire que ces cas peuvent être confondus.

Il en est de même pour la rétroversion ou la rétroflexion de l'utérus gravide. Pozzi donne comme signe important l'absence de contractions s'il s'agit d'un kyste fœtal tubaire, tandis qu'elles peuvent exister pour l'utérus gravide et être perçues par le palper bi-manuel. Ce signe ne

nous paraît pas avoir une grande valeur, car la trompe gravide peut en réalité se contracter aussi.

Le diagnostic est moins délicat pour la rétention que pour la grossesse extra-utérine en évolution, car les signes de mort de l'œuf donnent des indications précieuses. La douleur brusque, les pertes, les crises douloureuses, l'état stationnaire du volume de la tumeur sont des indices importants; cependant, leur valeur n'est pas absolue, les trois premiers peuvent exister dans la rétrodéviation; d'autre part, la trompe en état de rétention peut augmenter de volume par de nouvelles hémorragies. Le diagnostic reste donc difficile.

Quant aux cas de grossesse angulaire ou à ceux plus exceptionnels encore de grossesse développée dans une corne utérine rudimentaire, le diagnostic se fera par la situation franchement latérale et même antérieure de la tumeur, par sa consistance plutôt molle et pâteuse, quelquefois contractée, par le sillon de séparation oblique (Bar). Iselin en a publié une belle observation. Dans la rétention tubaire, la tumeur n'est jamais molle, elle a tendance à tomber dans le Douglas; enfin, d'après Bar également, la situation du ligament rond est importante. S'il est externe à la tumeur, c'est une grossesse intra-utérine: s'il est situé entre la tumeur et l'utérus, c'est une grossesse extra-utérine. Iselin conteste la possibilité de cette recherche; nous croyons aussi qu'elle est illusoire.

Rétention avec hématocèle

Nous n'avons pas à insister sur le diagnostic de l'hématocèle proprement dite; sa confusion possible avec une pelvi-péritonite séreuse, une péri-métro salpingite, un

abcès du Douglas, une grosse trompe prolabée, un utérus gravide rétrofléchi n'a pas lieu d'être étudiée dans ce travail. Mais l'hématocèle étant constituée et diagnostiquée, comment peut-on l'attribuer à une rétention tubaire ?

On a vu des hématocèles causées par une hémorragie au niveau du plexus ovarien, d'autres par la rupture d'un follicule de de Graaft. Maxwell en a rapporté un cas en 1916. Ce sont des accidents tout à fait exceptionnels. La brusquerie de leur début, l'absence d'autres symptômes pourront à la rigueur permettre de soulever cette hypothèse.

La véritable difficulté consiste à différencier ces hématocèles de celles qui se font par rupture de la trompe, cette différenciation n'a du reste pas grande valeur pratique, car c'est l'importance de l'hémorragie et des symptômes qui l'accompagnent qui décidera de la conduite à suivre, le mécanisme de cette hémorragie n'y sera pour rien.

Si l'hématocèle s'est constituée de façon bruyante, le tableau est celui de toute hémorragie interne, et surtout celui de toute hématocèle par rupture avec expulsion de l'œuf. Peut-être, dans certains cas, lorsqu'il n'y aura pas de douleurs très violentes, pourra-t-on soupçonner qu'il y a hématocèle sans rupture, mais sans rien préjuger toutefois du sort de l'œuf.

Il en va tout autrement lorsque l'hémorragie se constitue progressivement ou lentement par poussées successives. On constate de petites crises successives douloureuses, accompagnées de petites pertes vaginales; en même temps, le Douglas s'empâte progressivement. L'évolution peut durer facilement plusieurs semaines. On peut quel-

quefois même sentir la trompe diminuer en se vidant de son contenu sanguin, et l'erreur est alors possible avec une salpingite dont le contenu s'évacue par l'utérus. Dans un cas de poussées hémorragiques successives, Boursier, de Bordeaux, a pu faire le diagnostic complet en reconnaissant non seulement l'inondation, mais encore l'intégrité de la trompe.

Est-il possible de soupçonner si l'œuf est en rétention totale ou incomplète ? Nous croyons que c'est là une trouvaille opératoire impossible à déterminer en clinique.

Retenons seulement qu'il est de toute importance de connaître ces hémorragies dans les cas de rétention et de ne plus croire actuellement à la seule hématocèle bruyante, indice de la rupture. Quand un diagnostic de rétention a été posé, il importe de savoir reconnaître l'hématocèle qui peut survenir dans la suite, car son existence peut changer la conduite à tenir.

6° PRONOSTIC ET TRAITEMENT

Le pronostic des rétentions tubaires jeunes est variable selon les cas : selon l'âge de la grossesse, selon la nature des accidents survenus pendant son évolution. Les rétentions embryonnaires les plus jeunes sont les moins graves, précisément en raison de leur évolution simple, encore exempte de complications et de symptômes bruyants, en raison aussi de l'état anatomique de la paroi restée intacte ou peu altérée. Au-dessous de trois mois, la rétention s'accompagne forcément d'une altération anatomique de la paroi, les villosités placentaires ayant pénétré en sa profondeur, détruit les couches internes de la musculature, distendu à l'excès et aminci le sac tubaire. Au-dessous de trois mois, ce facteur n'existe pas ou est très atténué, en particulier dans les très jeunes rétentions; les éléments de gravité ne sont constitués que par les complications survenues dans l'évolution : douleurs constantes ou crises douloureuses, accidents hémorragiques ou péritonéaux Lorsque ces symptômes font défaut, la rétention jeune est d'un excellent pronostic. Elle guérira par résorption spontanée. Nous avons observé plusieurs cas dans lesquels, après une petite perte plus ou moins abondante, des coliques vives mais passagères, le calme se rétablit rapidement et la résorption se fit sans accroc. Même dans le cas d'hématocèle, cette évolution bénigne, avec résorption de l'œuf, quelle que soit sa situation, se produit souvent. Et pourquoi n'en serait-il pas ainsi *a fortiori*, puisqu'on observe fréquemment une évolution analogue dans les cas

de rupture tubaire avec hématocèle ? Nous avons tous vu des cas de grossesse tubaire rompue avec épanchement sanguin de moyenne abondance, quelquefois même de grande abondance, guérir dans un délai relativement court par le repos au lit. Nous comprenons difficilement pourquoi la plupart des auteurs, s'abstenant eux aussi d'intervenir dans ces cas, admettent l'absolue nécessité d'opérer dans les cas de rétention pourtant plus bénins. Baculescu, dans son étude, arrive à conclure que toute grossesse extra-utérine non rompue doit être opérée. La plupart des auteurs mettent en valeur comme argument en faveur de l'opération la possibilité constante d'une hémorragie ou d'une rupture. C'est exact, mais il ne faut pas généraliser; quand il n'y a ni hémorragie ni crise douloureuse, prélude de la rupture, quand une perte vaginale et l'arrêt dans l'accroissement du volume de la trompe indiquent la mort de l'œuf, aucune de ces raisons d'opérer n'existent plus. L'œuf mort ne peut plus continuer à ulcérer la paroi, il est un simple corps étranger qui se résorbera. M. le professeur Vautrin, dans sa communication du 17 juin 1914, à la Société d'Obstétrique et de Gynécologie de Nancy, conclut en ces termes : « Quand la grossesse tubaire de quatre à huit semaines siège dans la partie isthmique de la trompe, elle donne lieu à l'avortement tubo-utérin avec rétention fréquente de l'œuf. L'avortement se caractérise alors par la perte plus ou moins abondante de sang sans élimination du délivre tubaire, en rétention isthmique. Tant que dure cette rétention, l'utérus reste mou, le col entr'ouvert; il y a des coliques salpingiennes plus ou moins vives, des écoulements permanents, mais peu abondants de sang noir.

« La rétention tubaire aseptique doit être traitée par

l'expectation; elle guérit par résorption complètement avec retour des fonctions normales. »

Un seul autre élément est à considérer dans les cas de rétention jeune pour la discussion de l'intervention : c'est l'infection. Il est absolument certain que si la femme a eu des salpingites antérieures, si, à un moment donné de sa grossesse ou de sa rétention, elle a de la fièvre, des malaises, des douleurs, bref, des symptômes traduisant une infection locale soit acquise, soit réveillée, il n'y a pas à hésiter, il faut intervenir. La résorption ne peut se faire que si elle est aseptique; un œuf mort, en tant que corps étranger, devient irritant et aggrave l'infection; de même pour le sang plus ou moins abondant épanché dans la trompe. L'abstention opératoire serait une faute; il ne s'agit plus de rétention, mais de salpingite qu'il faut traiter comme telle et en tenant compte des circonstances aggravantes.

Combien de temps peut-on attendre la résorption de l'œuf ? Sa durée est en moyenne de quelques semaines à quelques mois. Dans la majorité des cas, elle dure quelques semaines; on peut l'attendre un mois et même deux mois. Nous croyons qu'au delà de ce délai la résorption ne se fait pas parce qu'il y a quelque obstacle : infection de la paroi, accidents péritonéaux ou hémorragiques.

Bien entendu, lorsqu'un accident quelconque survient, la rétention même très jeune doit être opérée. Dans le cas de coliques salpingiennes vives, la violence de la douleur peut provoquer un état syncopal dangereux et une réaction péritonéale; par leur force d'expulsion, elles constituent une menace constante de rupture avec toutes ses conséquences. D'autre part, les pertes vaginales peuvent deve-

nir un danger pour l'état général et une cause sérieuse d'anémie; il y a lieu de craindre en plus que de cette trompe qui saigne, l'hémorragie ne se fasse jour dans l'abdomen par l'orifice du pavillon.

Si la crise est extrêmement vive, il vaut mieux ne pas attendre qu'elle se renouvelle et intervenir immédiatement; si elle est légère, quelque atermoiement est permis; mais à notre avis il vaut mieux, à la moinde récidive, intervenir et supprimer la cause du mal. La nocuité de la tumeur ayant été démontrée une fois, il vaut mieux ne pas attendre une récidive de ces symptômes qui peuvent devenir graves.

Quant aux cas de rétentions avec hématocèle, notre conclusion est celle de Willette : laparotomie immédiate avec ablation de l'annexe atteinte. Si l'hémorragie est grave et s'accompagne de rapidité du pouls, troubles de la vue, agitation, vertiges, état syncopal, la question de l'abstention opératoire ne se pose même pas. Mais dans les cas d'hématocèles progressives, les abstentionnistes se sont prévalus de la possibilité de la résorption du sang pour éviter une intervention, souvent dangereuse, disent-ils, la femme étant en état de shock. Mais nous sommes convaincue qu'il vaut beaucoup mieux faire courir à une malade les risques d'une intervention hâtive que de la laisser exposée à une nouvelle hémorragie. Nous exceptons seuls les cas où l'hématocèle est minime, en voie de résorption, l'état général excellent, l'opération pouvant se faire rapidement à la moindre alerte. Et encore croyons-nous cette temporisation parfois dangereuse.

Quelle sera dans les différents cas la nature de l'intervention à pratiquer ? La discussion des opérations vagina-

les n'est plus de mise à l'époque actuelle. Cependant, Pichevin parlait encore récemment (1908) du traitement par voie vaginale des grossesses extra-utérines. Jacobson, au Congrès de Toulouse, en 1910, préconisa la colpotomie comme procédé de choix pour l'ablation de la grossesse extra-utérine, en raison de son peu de gravité. Il prétend que l'intervention par voie abdominale doit être reléguée comme trop dangereuse et céder le pas à la voie vaginale, sauf dans les cas d'hémorragie grave. Nous ne voyons pas l'avantage d'extraire une trompe en état de rétention par voie vaginale, L'opération est aussi grave qu'une laparotomie parfaitement aseptique, et souvent plus difficile en raison de l'éclairage et de l'étroitesse du champ opératoire; de plus, elle ne permet pas d'examiner les annexes exposées. Il nous semble certain que la laparotomie soit la seule opération indiquée, sauf dans les cas d'hématocèle suppurée, où la colpotomie s'impose; nous n'avons pas à envisager ici ces complications.

Une fois le ventre ouvert, que faut-il faire ? Dans les cas de rétention très jeune que nous envisageons, la tumeur salpingienne est généralement exempte d'adhérences, d'infection; le pavillon de la trompe ne saigne pas. On a proposé, dans un but conservateur, de ne pas pratiquer l'ablation de la trompe et de se contenter, soit de l'expression de la trompe avec les doigts, qui ferait tomber dans la main l'œuf comme un fruit mûr, soit de l'extraction, par le pavillon dilaté, du contenu salpingien, soit de la salpingotomie par incision le long du bord supérieur de la trompe. Bien que nous ne l'ayons jamais vu pratiquer, la chose nous semble cependant possible et sans risques; il faut cependant bien s'assurer que la trompe ne saigne pas,

que ses parois ont gardé leur épaisseur et leur contractilité. Il importe surtout de juger de l'impossibilité d'une hémorragie. S'il y a eu déjà hémorragie, ces procédés nous semblent dangereux, et nous avons comme leçon le fameux cas de Quénu, cité par Willette, où la malade mourut d'hémorragie après laparotomie conservatrice, le chirurgien n'ayant pas découvert que la trompe pouvait recommencer à saigner. Cette chirurgie conservatrice devra donc être restreinte et s'appliquer au cas d'œuf facilement décollable d'une trompe qui ne saigne pas; l'un et l'autre sont assez faciles à juger, surtout par la salpingotomie.

Dans la majorité des cas, il faut pratiquer l'ablation de la trompe, ou tout au moins, si la grossesse est ampullaire, la suppression de la portion ampullaire distendue. Le moignon salpingien, maintenu ouvert par quelques points de suture en collerette sur ses bords, sera mis en rapport direct avec l'albuginée de l'ovaire voisin. Ce procédé a le grand avantage de permettre une fécondation ultérieure. Si la trompe est trop altérée, il faut sans hésitation l'enlever tout entière et enlever même l'ovaire, s'il est atteint, comme c'est fréquent, par une réaction du voisinage (œdème, congestion, adhérences, kystes atrétiques, faux corps jaunes).

Quant aux cas de rétention embryonnaire au delà de trois mois, leur traitement est moins varié. Ces cas s'accompagnent toujours d'une altération de la paroi salpingienne, pénétrée par les villosités placentaires qui l'ont amincie. Que la rétention soit totale ou partielle, il y a peu de chance de résorption spontanée, peu de probabi-

lités d'expulsion secondaire par le pavillon ou le canal utéro-vaginal, puisque ces couches musculaires de la trompe sont en partie détruites; il y a surtout grand danger d'hémorragie persistante. Par conséquent, la laparotomie s'impose; il ne s'agit plus alors de traitement conservateur de la trompe; il faut faire l'ablation de la trompe et souvent de l'ovaire.

Il en est de même pour les cas exceptionnels tels que ceux de rétention forcée que nous avons signalés. Il n'y a pas possibilité d'évacuation, encore moins de résorption, puisqu'il y a des adhérences inflammatoires de tous côtés. La laparotomie s'impose.

Un curettage tubaire est suffisant dans le cas plus exceptionnel encore de rétention dans un débris salpingien.

Dans tous les cas observés, quel que soit leur âge, des circonstances accessoires peuvent modifier la ligne de conduite. Nous les avons énumérés déjà : accidents d'infection subintrants soit sur les annexes, soit sur l'hématocèle, accidents de péritonisme, phénomènes généraux graves, danger du réveil d'anciennes annexites, intolérance digestive, hématocèle trop abondante. Les déviations utérines concomitantes sont également en faveur d'une intervention rapide.

Au cours de la laparotomie, faut-il enlever l'autre trompe ? Si elle est altérée, la question ne se pose même pas. Quand elle est saine, certains auteurs, se basant sur les récidives fréquentes chez la même femme, préconisent l'ablation; nous ne sommes pas de cet avis, car les récidives ont un caractère exceptionnel et ne sont pas assez fréquentes pour intervenir dans le choix du procédé opé-

ratoire. Il vaut beaucoup mieux, surtout chez la femme jeune, pratiquer une thérapeutique conservatrice.

Que devient l'utérus après l'intervention ? Il subit une involution rapide. Les pertes cessent, le col se ferme et durant la convalescence opératoire, la régression se fait en d'excellentes conditions.

CHAPITRE VII

CONCLUSIONS

1° La rétention tubaire jeune est la rétention de l'œuf entier ou de placenta ou de débris placentaires dans la trompe intacte ou non, dans les cas de grossesse tubaire au-dessous de 4 mois et demi;

2° Elle est favorisée :

Anatomiquement, par le siège ampullaire de l'insertion de l'œuf, par l'absence d'hémorragie ou la présence d'une hémorragie peu abondante ou se formant progressivement L'état des orifices naturels n'a qu'une minime influence;

Cliniquement, par le jeune âge de la grossesse, le bon état de la paroi tubaire, l'absence de contractions musculaires de la trompe;

3° La durée de la rétention varie de un jour à trois mois et plus; elle est plus fréquemment de courte durée; une durée de deux à trois mois n'est pas commune;

4° Le tableau des rétentions varie suivant qu'il y a ou non rupture, que l'œuf est resté en totalité ou en partie dans la trompe, suivant l'existence d'hémorragies intra-tubaires, péritonéales ou vaginales;

5° Les symptômes importants qui, associés, permettent de faire le diagnostic, sont : la suppression des règles, la perception d'une tumeur tubaire, l'existence de pertes sanguines répétées et de crises douloureuses, la rareté d'accidents cataclysmiques. Une tumeur tubaire chez une femme qui a eu un retard des règles, des pertes et en particulier un écoulement chocolat, des douleurs latérales, doit faire supposer l'existence d'une rétention. Le diagnostic est beaucoup plus délicat quand il y a hématocèle; on ne peut alors supposer la rétention que par la progression lente de l'hématocèle ou l'absence de symptômes violents qui traduisent une rupture. Le diagnostic de la rétention avec fissuration est encore plus difficile;

6° Le pronostic est excellent quand la grossesse est jeune, qu'il n'y a pas ou peu d'hématocèle, pas de contractions salpingiennes, et que la tumeur diminue peu à peu par résorption de l'œuf et du sang. Il est grave quand la trompe se contracte, occasionnant des douleurs violentes et des pertes et prédisposant à la rupture, ou quand l'hématocèle augmente de volume. Dans le premier cas, l'expectation est permise et sous condition d'une surveillance rigoureuse, on peut attendre la résorption. Dans le second cas, il faut intervenir immédiatement;

7° La rétention tubaire des premières semaines est justiciable de l'expectation, à moins que la résorption spontanée ne soit reconnue impossible ou dangereuse.

Si l'expectation est impuissante, vaine ou contre-indiquée par les accidents, la laparotomie s'impose.

La laparotomie permettra d'inventorier l'état de la trompe, du pelvis, de l'utérus et des annexes.

Il pourra se faire que la rétention soit assez simple pour permettre la conservation de la trompe elle-même, qui sera vidée par expression, curettage ou salpingotomie. Cette conduite sera exceptionnelle.

Quelquefois, l'intervention consistera en l'ablation au moins partielle de la trompe, dont on laissera ouverte la portion terminale, qui sera fixée à l'ovaire.

Le plus souvent, la trompe sera supprimée avec l'ovaire. Il arrivera que l'intervention soit plus radicale encore, lorsque les annexes opposées sont altérées.

Vu :
Nancy, le 8 Juin 1918.
Le Président de la Thèse :
VAUTRIN.

Vu :
Nancy, le 10 Juin 1918.
Le Doyen :
E. MEYER.

Vu et permis d'imprimer,
Nancy, le 13 Juin 1918.
Le Recteur de l'Académie :
Ch. ADAM,
Membre de l'Institut

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

Albertus et Desgouttes. Formes anatomo-cliniques de la grossesse tubaire. *Lyon chirurg.*, 1909.

Baculescu. Étude statistique sur les grossesses extra-utérines. *Revue de Chirurgie*, 1912.

Bazalgette. Thèse, Paris 1905. Des grossesses tubaires méconnues.

Bazy. Inondation péritonéale au cours de l'avortement tubaire. *Presse médicale*, 1906.

— Sur la grossesse tubaire. *Bulletins et mémoires de la Soc. de chir.*, 1910.

Binet et Delfourd. A propos d'un cas de grossesse extra-utérine. *Bulletin Soc. d'obstétr. et de gynécol. de Paris*, 1912.

Bouilly. Grossesse extra-utérine tubaire. Avortement tubaire. *Semaine gynécolog.*, 1900.

Boquel. Grossesse extra-utérine et fausse couche. *Rev. pratiq. d'obstétr. et de pédiatrie*, 1906.

Boursier. Un cas d'hématocèle rétro-utérine par avortement.

Brin. Hémorragies abondantes au cours de la grossesse extra-utérine. *Revue de chir.*, 1907.

Brindeau. Difficultés de diagnostic entre l'avortement et certaines grossesses extra-utérines. *Journal de méd. de Paris*, 1909.

Brown. Tubal abortion associated with ovarian cyst. *Journ. obstét.*, N.-Y. 1909.

Burnier. Signes, diagnostic et traitement de la grossesse extra-utérine. *Gazette des Hôp.*, 1908.

Cauchois et Jeannin. Grossesse tubaire et hématosalpinx. *Norm. méd.*, 1900.

Cazeaux. Les modifications de la muqueuse utérine au cours des grossesses ectopiques. *Ann. de gynécol. et d'obstét.*, 1904.

Cazin. Diagnostic de la grossesse tubaire non rompue. *Paris chir.*, 1912.

Cestan. Thèse, Paris 1896.

Chapple. The diagnosis and treatment of estopic gestation. *Guys Hosp. Gaz. London*, 1912.

Chaput. Contribution à l'étude de la grossesse extra-utérine. *Rev. de gynécol. et de chir. abdom.*, 1913.

Charrier. Avortement tubo-abdominal. *Journ. de méd. de Bordeaux*, 1913.

Chavannaz. Statistique de la grossesse extra-utérine. *Gaz. hebdom. des sciences méd. de Bordeaux*, 1908.

Col. Tubal abortion. *Am. gyn. and Pédiatrie*, Boston 1906.

Cornil. Sur l'anatomie et l'histologie de la grossesse tubaire. *Rev. de gyn.*, 1900.

Delezenne. Récidive de grossesse tubaire. Hématosalpinx. *Journ. des sciences méd. de Lille*, 1906.

Deletrez. Avortement tubaire sans rupture avec inondation péritonéale. *Gaz. de gynécol.* Paris 1911.

Dittel (von). Remarques sur la grossesse extra-utérine. *Gaz. des mal. infant.*, 1908.

Duclos. Hématocèle et avortement tubaire. Thèse, Toulouse 1911.

Durante. De la trompe gravide dans un cas de grossesse diverticulaire non rompue. *Gynécologie*. Paris 1911.

Duret. Grossesse tubaire ou hématosalpinx double. *Revue mens. d'obstét. de gynécol. et de pédiatrie*. Paris 1909.

Essen Mœller. Sur le traitement de la grossesse extra-utérine. *Journ. d'obstét. de Paris*, 1910.

Couvelaire. Thèse inaugurale, Paris 1902.

Favre et Bournet. Grossesse tubaire arrêtée dans son évolution et non rompue. Ablation, guérison. *Bull. de la Soc. d'obstétr. et de gynécol.*, Paris 1908.

Filhouland. Thèse. Paris 1909.

Girard. A propos de la grossesse extra-utérine. *Scalpel*, Liége 1908.

Godart (J.). Avortement tubaire au 2e mois. *Policlinique*. Bruxelles 1911.

Greyfié de Bellecombe. Contribution à l'étude de la grossesse tubaire interstitielle. Thèse. Paris 1911-12.

Guillemot. De la grossesse extra-utérine. *Archiv. génér. de méd.* T. XXVII.

Habanet. Contribution à l'étude de la grossesse extra-utérine. Thèse. Paris 1910-12.

Hayd. Tubal abortion, *Annals of gynecol. and obstetries*. New-York 1901.

Heireck. Des gestations extra-utérines. Leur traitement d'après une statistique de 40 cas personnels. *Union méd. du Canada*, 1907.

Hénault. A propos de 14 cas de grossesse tubaire. *Journ. de chir. et annales belges de chir.*, 1912.

Hugier. Sur le traitement des hémorragies internes consécutives à la grossesse extra-utérine. *Paris chirurgical*, 1910.

Iselin. Un cas d'inondation péritonéale par avortement tubaire. *Journ. de méd. interne*, Paris 1909.

Jacobson. Grossesse extra-utérine avortée. *Bullet. de la Soc. belge de gynécol. et d'obstétr*, 1912-13.

Janin. Contribution à l'étude de la grossesse extra-utérine. Thèse. Paris 1892.

Keiffer. De la grossesse extra-utérine. *Presse méd. belge*, 1911.

Legène. Deux cas rares de grossesse extra-utérine. Comptes rendus de la Société d'obstétrique, de gynécologie et de pédiatrie de Paris, 1910.

Legueu. La grossesse tubaire et son traitement chirurgical. *Revue générale de clinique et de thérapeutique*, Paris 1910.

Lejars. Les reliquats de l'avortement tubaire et leur diagnostic. *Semaine médicale de Paris*, 1910.

— Grossesse tubaire récidivée. *Association franç. de chirur.*, Paris 1904.

Lenormand et Hartmann. Accidents de la grosse tubaire. *Rev. de gynécol. et de chirurg. abdomin.*, 1913.

Lequeux. De la grossesse angulaire et de ses rapports avec la grossesse ectopique. *Rev. de gynécol. et de chirurg. abdom.*, 1906.

Lepage. Du diagnostic de la dysménorrhée membraneuse et de la grossesse extra-utérine. Comptes rendus de la Société d'obstétrique et de gynécologie de Paris, 1910.

Lyon Caren et Pichevin. Avortement tubaire avec enkystement de la trompe gravide. *Semaine gynécolog.*, 1906.

Marien. De la gestation extra-utérine et des hématocèles pelviennes d'origine tubaire. *Union médic. du Canada*, 1911.

Martin. Grossesse tubaire. Avortement tubaire. *Revue médic. de Normandie*, Rouen 1901.

Mathieu et V. Winiwarter. A propos de la grossesse tubaire bilatérale. *Scalpel* Liége 1911.

Maxwel. Tubal pregnaney in the 5ᵉ month of gestation. Removal of the un ruptured sac. Procceduys of the royal Society of medicine London 1911-12.

Patel. Grossesse extra-utérine. *Progrès médical*, 1912.

— Avortement tubaire. *Gynécologie*. Paris 1912.

Pichevin. Avortement tubaire. *Semaine gynécolog.*, 1905.

— A propos de la grossesse extra-utérine, *Sem. gynéc.*, 1906-07-09.

— Diagnostic de la rupture et de l'avortement tubo-utérin. *Sem. gynéc.*, 1907.

— Laparotomie ou incision vaginale dans le cas de rupture ou d'avortement tubaire. *Sem. gynéc.*, 1908.

Pinard. Documents pour servir à l'histoire de la grossesse extra-utérine. *Annales de gynéc. et d'obstétr.*, 1892.

Purefoy. A case of tubal pregnaney attended with serions symptomes without rupture. Royal Academy Yreland, Dublin 1913, t. XXXI.

Pollosson. Inondation péritonéale par poussées hémorragiques successives. Laparotomie. *Bulletin de la Soc. de chir. de Lyon*, 1900.

— Grossesse tubaire isthmique. *Lyon médical*. 1907.

Pollard. A case of tubal abortion. *Medical magazine*, London 1911.

Potocki. Grossesse extra-utérine. *Annales de gynécol. et d'obstétr.*, 1910.

Pozzi. Traité de gynécologie, 1905.

Proust et Bender. Grossesse tubaire récidivée, grossesse isthmique non rompue avec début d'inondation péritonéale par hémorragie au travers du pavillon

de la trompe restée perméable. *Bulletin et mémoire de la Soc. d'anatomie*, Paris 1910.

Quériel. De la grossesse extra-utérine. *Revue pratique d'obstétrique et de pédiatrie*, 1908.

Remy. L'expulsion d'une caduque d'une grossesse ectopique. *Presse médicale*. 1908.

Reymond. Hémorragies dues aux grossesses tubaires sans rupture de la trompe. *Annales de gynécol. et d'obstétr.*, 1910.

Reynier. Sur l'inondation péritonéale. A propos du traitement des hématocèles et grossesses extra-utérines. *Bulletin et mémoires de la Soc. de chirurgie*, Paris 1910.

Riche. De la transformation de la muqueuse utérine au cours des grossesses tubaires. *Echo médical du Nord*, Lille 1905.

Rickets. Ectopic gestation. *Lancet*, 1913.

Rivière et Bégouin. Grossesse tubaire isthmique. Avortement de 4 mois. Rétention fœtale de 8 mois. Laparotomie. Guérison. *Gaz. de gynécol*, 1907.

Rossier. Grossesse extra-utérine. *Rev. méd. de la Suisse romande*, 1911.

Rouffard. Diagnostic de la grossesse extra-utérine. *Bull. de la Soc. d'obst.*, Paris 1912.

— L'avortement tubo-abdominal. *Rev. prat. d'obst. et de gynécol.*, 1912.

— Grossesse extra-utérine. *Journ. de chirur.*, 1906.

— Diagnostic de la grossesse extra-utérine. *Bull. de la Soc. belge de gynéc. et d'obst.*, 1912-13.

— Grossesse extra-utérine. *Annales belges de chirur.* 1906.

Routier. Grossesse extra-utérine. *Bull. et mém. de la Soc. de chir. de Paris*, 1910.

Sabadini. Grossesse extra-utérine. *Annales de gynéc. et d'obst.*, 1907.

Savariaud. A propos de la pathogénie des métrorrhagies dans l'hématocèle par avortement. *Bull. et mém. de la Soc. anatom. de Paris*, 1906.

— Grossesse tubaire. *Id.*

Segond. A propos de la grossesse extra-utérine. *Semaine gynécol.*, 1909.

Sekke. A case of extra-utérine pregnancy with enormons enlargement of the Fallopian tube, but no rupture. *Australian medic. Gazette*, Sidney 1910.

Smith. Tubal pregnancy. Internal clinic Philadelphie, 1909.

Stepstrowski. Contribution à l'étude de l'étiologie de la grossesse extra-utérine. *Rev. de gynécol. et de chir. abdom.*, 1901.

Strénon fils. Grossesse tubaire. *Journ. de méd. de Bruxelles*. 185-89.

Tainturier. Étiologie des grossesses extra-utérines. Thèse. Paris 1895.

Talmey. A case of tube abdominal pregnancy to an incomplete tubal abortion. *New-York medical Journal*, 1906

Témoin. Grossesse extra-utérine. *Annales médico-chirurg. du Centre*, 1916.

Tessier. Grossesse tubaire. Hémat-intra péritonéale. *Gaz. des Hôpitaux*. 1902,

Troub. Le traitement de la grossesse extra-utérine après rupture ou avortement tubaire. *Journal d'obst.*. Paris 1908.

Tuffier. Sur l'inondation péritonéale. A propos du traitement des hématocèles et grossesse extra-utérine. Discussion. *Bull. et mém. de la Soc. de chir.* Paris 1900.

Vautrin. Les grossesses tubaires bilatérales. *Gynécologie*, 1911.

— Grossesse tubaire après hystérectomie vaginale. Avortement *Revue méd. de l'Est*. Nancy 1906.

— Les fausses couches tubaires. Communication à la Société d'obstétrique et de gynécologie de Nancy, 17 juin 1914.

Violet. Grossesse tubaire gémellaire de date assez récente, avortement tubaire ne se traduisant que par des symptômes douloureux. *Lyon médical*, 1909.

Watkins. Incomplete tubal abortion. *American Journal of obstetrics*. New-York 1905.

Weiss. Grossesse extra-utérine. *Revue médicale de l'Est*. Nancy 1905.

Willette. Thèse, Paris 1910.

TABLE DES MATIERES

CHAPITRE I. — **Introduction** 1
CHAPITRE II. — **Historique** 5
CHAPITRE III. — **Définition** 8
CHAPITRE IV. — **Étiologie** 12

1° *Conditions anatomiques :*

A) Insertion de l'œuf 12
B) Mode de décollement 14
C) Perméabilité des orifices 15

2° *Conditions cliniques :*

A) Age de la grossesse 18
B) Altérations antérieures 19
C) État de la musculature de la trompe 20

CHAPITRE V. — **Évolution anatomique et division** . . 21
Division, tableau 25

CHAPITRE VI. — **Étude clinique** 28

1° *Fréquence* 30

2° *Symptomatologie* 31
Interrogatoire : A) Suppression des règles 31
B) Pertes vaginales 33
C) Douleurs 40
Signes physiques 48

3° *Formes cliniques :*

Rétention sans rupture 55
Rétention sans hémorragie 55
Observations 55

Rétention totale avec hématosalpinx 57
Observations 59
Rétention avec hémorragie par l'ostium uterinum . . 66
Observation 66
Rétention avec hématocèle 67
Observation 69

Rétention avec rupture 91
Observation 92

Formes cliniques exceptionnelles :

A) Grossesse tubaire gémellaire 98
Observation 98
B) Grossesses tubaires doubles, rupture d'un côté, rétention de l'autre 101
Observations 101
C) Grossesses extra et intra-utérines simultanées avec rétention 107
Observations 108
D) Rétention forcée 110
Observations 112
E) Cas exceptionnel de rétention après hystérectomie vaginale 117

4° *Évolution clinique et complications :*

A) Résorption de l'œuf 119
B) Rupture secondaire 120
C) Avortement tubo-abdominal 121
D) Avortement tubo-utérin 122
E) Infection 122

5° *Diagnostic* :

Rétention sans hématocèle 124

1° *Grossesse méconnue :*

Affections salpingiennes :
Hydrosalpinx 124
Hématosalpinx 125
Pyosalpinx 125
Affections ovariennes :
Kyste 127
Fibrome 127
Tuberculose 127
Affections utérines 127

2° *Grossesse reconnue* :
Grossesse normale jeune 129
Grossesse avec latéroversion 129
Grossesse avec rétroflexion 130
Rétention avec hématocèle 131
6° *Pronostic et traitement* 134

CHAPITRE VII. — **Conclusions** 142
Index bibliographique 145

Imprimerie Lorraine, 51-53, rue Saint-Georges, Nancy.